

ATENÇÃO BÁSICA:

olhares a partir do Programa Nacional
de Melhoria do Acesso e da Qualidade
(PMAQ-AB)

editora



redeunida

Organizadores

Luciano Bezerra Gomes

Mirceli Goulart Barbosa

Alcindo Antônio Ferla

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Angel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Steffani – Universidade de Bolonha, Itália

Ardigó Martino – Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart – Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Julio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico – Universidade de Lanus, Argentina

Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil

Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Sueli Goi Barrios – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Revisora de português

Rosana Treiguer Maron

Arte da capa

Coral Michelin

Foto

Jeanice da Cunha Ozorio

Avaliador fotografado

Tiago Luiz de Araújo Santos

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

Projeto gráfico

Editora Rede UNIDA

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

G633a

Gomes, Luciano Bezerra

Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB) / Luciano Bezerra Gomes, Mirceli Goulart Barbosa, Alcindo Antônio Ferla, organizadores. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

357 p. – (Atenção Básica e Educação na Saúde; 7)

ISBN: 978-85-66659-61-0

DOI: 10.18310/9788566659610

1. Avaliação em Saúde. 2. Tecnologias em Saúde. 3. Atenção básica à Saúde. 4. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). I. Barbosa, Mirceli Goulart. II. Ferla, Alcindo Antônio. III. Título. IV. Série.

CDU: 614

NLM: W84.4

Copyright © 2016
by Luciano Bezerra
Gomes
Mirceli Goulart
Barbosa, Alcindo
Antônio Ferla.

Biblioteca responsável: Aliriane Ferreira Almeida CRB 10/2369

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br

Série Atenção Básica e Educação na Saúde

**Luciano Bezerra Gomes
Mircei Goulart Barbosa
Alcindo Antônio Ferla**

Organizadores

**ATENÇÃO BÁSICA: OLHARES A PARTIR DO
PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO
ACESSO E DA QUALIDADE (PMAQ-AB)**

1ª Edição
Porto Alegre/RS, 2016
Rede UNIDA

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
<i>Luciano Bezerra Gomes, Mirceli Goulart Barbosa, Alcindo Antônio Ferla</i>	

PARTE I

O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA – REFLEXÕES

UMA NARRATIVA SOBRE O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA	17
<i>Pauline Cristine da Silva Cavalcanti, Aristides Vitorino de Oliveira Neto, Maria Fátima de Sousa</i>	

UMA ANÁLISE POLÍTICA DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA – PMAQ-AB	49
<i>Luciano Bezerra Gomes, Emerson Elias Merhy</i>	

PMAQ-AB E OS PACTOS DO SUS: função dispositivo ou repetição?	75
<i>Thais Chiapinotto dos Santos, Jeanice da Cunha Ozorio, Aline Vargas Ferreira, Daniela Tozzi Ribeiro, Deisy Tolentino do Nascimento, Fernanda Monte da Cunha, Angelo Pagot Zortea, Caren Serra Bavaresco, Mirceli Goulart Barbosa, Alcindo Antônio Ferla</i>	

FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL: do piso da atenção básica à remuneração por desempenho	101
<i>Mirceli Goulart Barbosa, Angelo Pagot Zortea, Fernanda Monte da Cunha, Thais Chiapinotto dos Santos, Daniela Tozzi Ribeiro, Deisy Tolentino do Nascimento, Jeanice da Cunha Ozorio, Aline Vargas Ferreira, Alcindo Antônio Ferla</i>	

PARTE II

ANÁLISES A PARTIR DO PMAQ-AB

ANÁLISE DA ESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....127

Pauline Cristine da Silva Cavalcanti, Aristides Vitorino de Oliveira Neto, Lariça Emiliano da Silva, Maria Fátima de Sousa

SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA: avaliação segundo os profissionais da atenção básica participantes do 1º ciclo do PMAQ-AB na região Nordeste.....161

Ane Polline Lacerda Protasio, Polyana Barbosa da Silva, Edmilson Calixto de Lima, Luciano Bezerra Gomes, Liliane dos Santos Machado, Ana Maria Gondim Valença

ANALISANDO O ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA DO PARÁ.....189

Eric Campos Alvarenga, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, Lorena Cunha de Souza, Regina Fátima Feio Barroso

QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE EM UNIDADES RURAIS E URBANAS DE UM PEQUENO MUNICÍPIO: a avaliação do PMAQ-AB na perspectiva dos profissionais em Chapada dos Guimarães – MT.....211

Ruth Terezinha Kehrig, Silvia Angela Gugelmin, Andre Luiz Lopes de Oliveira, Eveline do Amor Divino, Fabiano Lima da Silva, Alane Andréa Souza Costa, Amaury Ângelo Gonzaga

PERFIL DO CIRURGIÃO-DENTISTA DA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DO PARÁ.....265

Marizeli Viana de Aragão Araújo, Helder Henrique Costa Pinheiro, Danielle Tupinambá Emmi, Eric Campos Alvarenga, Mayara Sabrina Luz Miranda, Regina Fátima Feio Barroso

PARTE III
VIVÊNCIAS DO PMAQ-AB

PERCEÇÃO DOS AVALIADORES QUANTO AO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO PMAQ-AB.....293

Danielle Tupinambá Emmi, Regina Fátima Feio Barroso, Eric Campos Alvarenga, Mayara Sabrina Luz Miranda, Marizeli Viana de Aragão Araújo

RETRATANDO O PERCURSO DO PMAQ-AB EM MATO GROSSO DO SUL: o olhar do avaliador no processo de avaliação externa.....327

Laís Alves de Souza, Fernando Pierette Ferrari, Mara Lisiane de Moraes dos Santos, Adriane Pires Batiston, Vera Lucia Kodjaoglanian, Alessandro Diogo De Carli

SOBRE OS AUTORES.....349

APRESENTAÇÃO

O presente livro procura agregar diversas reflexões sobre o atual momento da atenção básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS), tomando por eixo central a implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Os textos deste livro foram produzidos a partir do trabalho em rede científica que se interligou para produzir e realizar a avaliação externa do PMAQ-AB. Essa parceria articulou-se em torno da ideia de que a construção do conhecimento se dá a partir do diálogo, pela capacidade de refletir sistematicamente sobre os contextos e pela articulação de diferentes perspectivas de análise e visões singulares sobre o assunto abordado, ou seja, a atenção básica à saúde. O conteúdo aqui apresentado refere-se ao 1º e ao 2º ciclo avaliativo do programa.¹ Nesse sentido, as contribuições realizadas compõem três partes distintas na organização da coletânea de textos.

¹ Como os textos deste livro se referem a reflexões desenvolvidas tomando por base os dois primeiros ciclos do programa, mantiveram-se as descrições de sua estrutura e outras de suas características do modo como foi operado. Embora tenham ocorrido algumas mudanças no desenho formulado pelo DAB-MS em relação à proposição do PMAQ-AB para o terceiro ciclo, tal como passar a considerar a fase de desenvolvimento como um eixo transversal e agregar a cooperação horizontal como uma das medidas desse eixo, entre outras alterações.

A primeira parte inicia-se com um texto em que os autores abordam os temas do acesso e da qualidade e a avaliação em saúde, debatendo a relação dessas questões com o PMAQ-AB. Realizam uma descrição da construção do programa e algumas modificações que ocorreram ao longo dos anos.

Logo após esse texto inicial, os autores elaboram um ensaio em que procuram apontar os aspectos políticos relacionados à proposição do PMAQ-AB e colocar sob análise alguns de seus potenciais efeitos entre os vários atores mobilizados. Para tanto, relacionam os aspectos mais gerais do programa aos seus processos micropolíticos constitutivos.

A seguir, um texto em que seus autores fazem uma análise relacionando duas estratégias de avaliação da atenção básica desencadeadas em contextos distintos: o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica e o PMAQ-AB. Eles o fazem para compreender a capacidade de inovar e produzir mudanças que se desencadearam a partir dessas iniciativas. Para tanto, revisitam as bases que sustentam essas proposições e apontam similaridades, avanços e dificuldades.

Concluindo essa parte, temos um capítulo sobre a maneira como se dá o financiamento da atenção básica, para tanto, resgatando as modalidades de gestão implementadas a partir das Normas Operacionais Básicas, na década de 1990. Especialmente, descreve o piso da atenção básica e as modificações no modo de financiamento implementadas através do Componente de Qualidade, instituído pelo PMAQ-AB.

Logo após esses debates mais gerais da atenção básica, tomando alguns aspectos do PMAQ-AB como disparadores, temos uma segunda parte do livro, composta por cinco capítulos que tomam como eixo central de suas

análises dados coletados no primeiro ciclo da Avaliação Externa do PMAQ-AB.

No primeiro capítulo dessa parte, os autores, a partir da análise de dados secundários do Censo das Unidades Básicas de Saúde e do PMAQ-AB, buscam analisar a estrutura física destas, considerando um conjunto de ambientes necessários ao desempenho das ações da atenção básica.

Em seguida, os autores tomam como unidade de análise a região Nordeste. E o fazem no sentido de problematizar a maneira como se colocam desafios para implementar a continuidade do cuidado em redes de atenção. Após uma reflexão conceitual sobre a própria concepção de redes e como estas podem ser pensadas de maneiras distintas, visando a construir a integralidade da atenção, os autores procuram caracterizar o modo como os trabalhadores das equipes vinculadas ao PMAQ-AB percebiam as suas relações com os serviços de referência. Nesse sentido, os autores identificam que fragilidades na articulação entre as redes dificultam a atenção integral e o desempenho do papel formulado para a AB no SUS.

Mais adiante, temos um texto que concentra sua atenção no atendimento à saúde mental nos serviços de atenção básica do estado do Pará. Para tanto, em consonância com as prerrogativas da Reforma Psiquiátrica, que considera o cuidado ao sofrimento psíquico como algo a ser desenvolvido também nas unidades básicas de saúde, busca identificar o modo como isso estaria ocorrendo naquele estado. Os autores identificam, então, desafios importantes a serem superados, para se poder construir um cuidado mais adequado à saúde mental na atenção básica daquele estado. Entretanto, muitas das questões por eles colocadas se aproximam do contexto apontado pelos autores da literatura com quem dialogam. Sendo assim, mais do que apenas aos paraenses, encontramos no texto

diversos aspectos que deveriam interessar a todos que se disponham a refletir sobre as tensões postas pelos autores, estejam onde estiverem.

Um terceiro texto se dedica a analisar a qualidade da atenção básica em um pequeno município do Centro-Oeste brasileiro, Chapada dos Guimarães, que fica no estado do Mato Grosso, integrando os dados do PMAQ-AB com uma pesquisa-ação desenvolvida nessa localidade. Havia quatro equipes situadas na zona rural desse município e três na zona urbana, e os autores delimitam as diferenças entre as características dos serviços de acordo com as especificidades desse recorte territorial. Tais análises se tornam ainda mais relevantes quando consideramos que mais de 70% dos municípios brasileiros têm porte populacional próximo ao do contexto estudado nesse capítulo.

E, finalizando essa parte, temos um texto que olha novamente para o Pará. Dessa vez, para analisar o perfil dos cirurgiões-dentistas que atuavam na atenção básica, naquele estado. Os autores utilizaram os dados das entrevistas dos cirurgiões-dentistas durante a realização do segundo ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB, agregando, assim, informações importantes às que já estavam disponíveis sobre esses profissionais em outras fontes e pesquisas. Esse debate é fundamental para se pensar não apenas a necessária expansão de profissionais da área da saúde bucal, mas as modalidades mais adequadas de cuidado a serem desenvolvidas nesse campo.

Uma terceira e última parte deste livro contempla dois capítulos que têm um aspecto comum: produzir algumas reflexões sobre a atenção básica e sobre a realização da avaliação externa do PMAQ-AB a partir do olhar dos entrevistadores que participaram, diretamente, desse processo.

No primeiro deles, os autores refletem sobre as especificidades da avaliação externa realizada no Pará, o segundo maior estado do Brasil. Com geografia e demografia singulares, mas que apresentam desafios comuns a boa parte da Amazônia Legal, a região abrange cerca de 60% de todo o território nacional, mas apenas pouco mais de 10% da população do país. Para trazer um olhar diferenciado à experiência de avaliação nesse contexto, os autores realizaram análise de discurso dos relatos surgidos em grupos focais conduzidos com a participação de avaliadores que participaram dos dois primeiros ciclos de avaliação externa do PMAQ-AB.

Fechando o livro, temos o capítulo que apresenta o olhar dos avaliadores que participaram da avaliação externa do PMAQ-AB no Mato Grosso do Sul. Neste, faz-se uma imbricação entre as percepções dos avaliadores com elementos das Políticas Nacionais de Atenção Básica, de Educação Permanente, de Humanização e de Participação Popular em Saúde.

Esses dois capítulos, além de agregar reflexões que podem ajudar nos aspectos operacionais de futuros processos avaliativos na saúde em regiões com características similares, também acrescentam olhares que, em muitas metodologias, não são considerados legítimos no sentido de apontar caminhos para a organização dos serviços de saúde.

Esperamos que vocês façam um bom proveito desta leitura e que os textos auxiliem na reflexão sobre a atenção básica à saúde. Uma boa leitura a todos!

*Luciano Bezerra Gomes
Mirceli Goulart Barbosa
Alcindo Antônio Ferla*

PARTE I

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – reflexões

UMA NARRATIVA SOBRE O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

*Pauline Cristine da Silva Cavalcanti
Aristides Vitorino de Oliveira Neto
Maria Fátima de Sousa*

Introdução

A formulação da Atenção Primária em Saúde (APS) foi se constituindo ao longo dos últimos 40 anos, porém com diversos entendimentos sobre seu conceito. Desde a primeira metade do século 20, já existia a compreensão de níveis de assistência, mas foi na Conferência de Alma-Ata (1978) que foram declarados os princípios e diretrizes de uma nova proposta de APS. (TANAKA; RIBEIRO, 2009) Com isso, nos últimos anos, a APS passou por um processo de destaque mundial, adquirindo o papel de estruturar redes integradas de atenção à saúde. (PAIM et al., 2011)

Aos países que aspiram a um sistema de saúde de qualidade, que seja considerado um direito de cidadania, a APS é um arranjo assistencial fundamental (STARFIELD, 2004), como no Brasil. País no qual a crescente relevância da APS resultou da busca pela garantia do acesso com

qualidade a serviços de saúde e da integralidade da atenção, apostando na implantação das Redes de Atenção à Saúde – RAS. (BRASIL, 2011b; PAIM et al., 2011)

No caso brasileiro, a APS assumiu características próprias, a começar pela sua terminologia, conhecida como Atenção Básica à Saúde (ABS). Tornou-se, então, a estratégia assumida pelo governo federal como proposta para a organização e para o reordenamento do Sistema Único de Saúde (SUS). (PAIM et al., 2011; TANAKA; RIBEIRO, 2009; SOUSA, 2007)

A ABS foi ganhando destaque, principalmente, a partir da década de 1990, impulsionada pelo processo de descentralização e por iniciativas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. (FAUSTO; MENDONÇA; GIOVANELLA, 2013; PAIM et al., 2011; TANAKA; RIBEIRO, 2009; SOUSA, 2007) Atualmente, a Estratégia da Saúde da Família (ESF) é o principal investimento do Ministério da Saúde (MS) para promover a organização das ações de atenção básica (AB) no país. (FAUSTO; MENDONÇA; GIOVANELLA, 2013; BRASIL, 2011b)

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, a ABS abrange um conjunto de ações que se relacionam com aspectos coletivos e individuais de uma população. Envolve a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, visando a resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância na população. O seu objetivo é oferecer acesso universal, implementar ações voltadas à atenção integral e de qualidade. (BRASIL, 2011b)

Entende-se, ainda, que a ABS deve ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade,

levando atenção à saúde o mais próximo possível da vida das pessoas. (BRASIL, 2011b) Sendo assim, é importante considerar os indivíduos, as famílias e a comunidade no processo de construção da saúde, bem-estar e qualidade de vida, a partir do fortalecimento da autonomia das pessoas e da produção de relações de vínculo entre os profissionais/equipes e a população. (STARFIELD, 2004)

Desde a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), houve considerável expansão dos serviços de ABS, principalmente em municípios com população acima de 100 mil habitantes. Com isso, diversas iniciativas voltadas à avaliação vêm sendo desenvolvidas progressivamente, motivadas pela necessidade de aferir a qualidade e a efetividade das intervenções em saúde e com vistas a aperfeiçoar as práticas de gestão e atenção à saúde. (FELISBERTO; ALBUQUERQUE; ALBUQUERQUE, 2014; FELISBERTO, 2006; PAIM, 2005)

Nesse sentido, em 2011, o MS lançou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB (PMAQ-AB), com o objetivo de induzir melhoria do atendimento e do cuidado prestado à população nos serviços de ABS, a partir de um processo permanente e contínuo de ampliação do acesso e de qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação na atenção básica. (BRASIL, 2011a)

Para tanto, busca fornecer padrões de boas práticas e organização das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), promovendo maior conformidade dos serviços com a PNAB e apostando fortemente na institucionalização de uma cultura de avaliação da ABS no SUS. O intuito é reconhecer e estimular a qualificação dos serviços de saúde ofertados aos brasileiros. (AQUINO; MEDINA; ABDON, 2014; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012)

Nos tópicos a seguir serão abordados os temas do acesso e da qualidade, e a avaliação em saúde. O propósito aqui não é fazer uma revisão exaustiva sobre os temas, mas, sim, introduzir um pouco do debate, entendendo a relação de tais temáticas com o PMAQ-AB. Posteriormente, será descrita parte da construção do programa (processo de criação do instrumento de avaliação externa e sua programação eletrônica, e parceria realizada com instituições de ensino e pesquisa) a partir da análise documental e da experiência da autora, que faz parte da equipe técnica no Departamento de Atenção Básica do MS.

Acesso e qualidade na Atenção Básica à Saúde

Muito se fala sobre acesso e qualidade na ABS; no entanto, esses são dois conceitos carregados de significados e sentidos. Na literatura existem diversas correntes que se afastam ou se aproximam, tornando a definição conceitual desses termos complexa. Assim, muitos autores concordam que seu entendimento varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico, científico e cultural da sociedade, sendo produzido com base nas referências dos sujeitos. (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; UCHIMURA; BOSI, 2002)

A definição de acesso pode ser utilizada como sinônimo de acessibilidade, de acesso ou de uma mistura de ambos. (TRAVASSOS; MARTINS, 2004) De acordo com Starfield (2004), os termos acesso e acessibilidade, apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares. O acesso possibilita o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis; e a acessibilidade permite que os usuários cheguem aos serviços.

Donabedian (2003) afirma que o acesso determina o grau de facilidade ou dificuldade que as pessoas encontram para utilizar os serviços de saúde, referindo-se às características destes em atuar de forma a aumentar ou diminuir os obstáculos com que se deparam as pessoas que necessitam utilizá-los.

Giovanella e Fleury (1995) analisam o acesso aos serviços e as condições de acessibilidade a partir de quatro dimensões explicativas: 1) política (modelo sanitaria político), que se refere à consciência sanitária adquirida pela população, sua compreensão sobre determinantes sociais do processo saúde e doença, e os fatores que determinam a organização das práticas de saúde; 2) econômica (modelo economicista), que se pauta na relação entre oferta e demanda (o Estado organiza a oferta de serviços a partir da distinção das relações de consumo dos diversos grupos populacionais); 3) técnica (modelo sanitaria planejador), que explica o conceito de acesso sob o aspecto do “planejamento normativo reformado”, no qual a partir da planificação e organização da rede são distribuídos os recursos de forma funcional e de acordo com a demanda; e 4) simbólica (representação social), que traduz o acesso na perspectiva das representações sociais sobre o sistema de saúde e sobre as práticas de cuidado, como consequência dos valores, contexto cultural e histórico, dos indivíduos e coletividades.

Nos últimos anos, alguns resultados podem ser observados com relação à ampliação do acesso aos serviços de ABS no país, a partir do aumento da cobertura dos serviços de AB, que minorou o déficit na oferta de serviços de saúde para a população. Muito embora a ESF tenha colaborado para que a proporção de cobertura populacional (estimada como referência no território definido com 3.450 pessoas) de ABS saísse de 6,55% em 2002 para 63,72% em 2015. (BRASIL, 2015a)

Estudos revelam que ainda é preciso avançar nas discussões sobre o acesso aos serviços de saúde no país, já que este, na prática, é “seletivo, focalizado e excludente”, o que decorre, principalmente, em função de fatores socioeconômicos ou barreiras geográficas que dificultam o acesso aos serviços de ABS. (ASSIS; JESUS, 2012)

Atualmente, é notável o maior interesse na busca pela qualidade dos serviços de saúde. Esse fenômeno foi influenciado pelo aumento da quantidade de serviços, mas, também, por outros fatores: crise fiscal do estado e necessidade de reduzir as despesas públicas que demandam mais eficiência no gasto de recurso; participação dos usuários no financiamento do sistema de saúde, conferindo-lhes o poder de opinar; necessidade de reduzir as queixas e os procedimentos judiciais de pacientes insatisfeitos; e exigência de recuperar a ideia do paciente como uma unidade, sem divisão da mente e do corpo, que tencionou para reconhecer a satisfação dos usuários. (SERAPIONI, 1998)

O tema da qualidade pode ser abordado de vários ângulos. Para Uchimura e Bosi (2002) e Nogueira (1994), a qualidade assume várias dimensões, de natureza objetiva ou subjetiva. A dimensão objetiva é mensurável, podendo ser aplicada a outros cenários/situações. Já a dimensão subjetiva refere-se ao campo das vivências e da afetividade. E a qualidade, então, resulta da conscientização dos trabalhadores da saúde acerca dos serviços prestados à população e da preocupação em satisfazer as demandas e necessidades dos usuários do serviço, devendo transparecer um trabalho cooperativo e centrado na equipe que o executa.

A qualidade em saúde também deve ser analisada a partir das perspectivas do sistema de saúde e da sociedade. Assim, o seu significado está associado à compreensão

das necessidades e expectativas que influenciam nessa definição. (UCHIMURA; BOSI, 2002) Nas discussões sobre o tema, o usuário tem assumido um papel importante, podendo manifestar-se a cerca da qualidade que espera de um serviço. Com isso, a opinião das pessoas vem influenciando as instituições a buscar melhores resultados dos serviços que são ofertados à sociedade. (NOGUEIRA, 1994)

Do ponto de vista de Demo (2001, p.14), qualidade implica qualidade formal e qualidade política. A formal está relacionada à habilidade de manejar meios, instrumentos, formas, técnicas, procedimentos; e a política remete à competência do “sujeito em termos de se fazer e de fazer história, diante dos fins históricos da sociedade humana em uma dimensão subjetiva.” Assim, não basta ter conhecimento e habilidade em utilizar ferramentas e aplicar técnicas, é preciso também garantir o engajamento do indivíduo com a finalidade de inovar na realidade e intervir nos valores e fins historicamente desejáveis e necessários. (DEMO, 2001, p.12)

Donabedian (1982 apud VIEIRA- DA-SILVA, 2009) ressalta que a qualidade abarca dimensões do conhecimento técnico-científico e das relações interpessoais entre os profissionais e o paciente, e considera também a relação entre benefícios, riscos e custos de uma intervenção. Para o autor, sete pilares definem a qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. O que pode ser compreendido como resultado dos processos de produção dos serviços. (DONABEDIAN, 1990)

Os serviços que são orientados à qualidade geram resultados positivos e se antecipam às necessidades das pessoas, segundo Donabedian (1990). Desse modo, as pessoas devem ser tratadas com dignidade e respeito e

ter a garantia do melhor tratamento possível para seus problemas de saúde, evitando quaisquer danos.

Dentre as diversas abordagens que podem ser utilizadas para avaliar a qualidade da ABS, Starfield (2004) cita quatro aspectos que devem ser observados: capacidade para organizar a APS, prestação de serviços, desempenho clínico e resultados da atenção à saúde. Portanto, a qualidade em saúde não depende só da definição e implementação dos requisitos para a qualidade, requer também a compreensão do seu significado, a incorporação de atividades de gestão e clínicas em concordância com os objetivos e resultados que se pretende alcançar.

A responsabilidade do Estado em relação ao desempenho do sistema de saúde se concretiza por meio da garantia de qualidade. E esta deve refletir a adequação dos serviços de saúde para atender às necessidades de saúde existentes ou potenciais e para atingir um alto padrão de qualidade. Considerando-se ainda as características populacionais ou de grupos específicos que podem ameaçar a saúde futuramente. (STARFIELD, 2004)

Mesmo entendendo a dificuldade de definir o que vem a ser qualidade para a ABS, essa questão tem se tornado cada vez mais relevante como forma de reconhecer e aperfeiçoar as ações desenvolvidas nos serviços de saúde do SUS. Para o sistema de saúde brasileiro, iniciativas que busquem o aprimoramento dos seus serviços podem ser uma alternativa habilidosa para conquistar parcelas da população e/ou assegurar a sua sustentabilidade como política. (PAIM et al., 2011)

Considerações sobre a avaliação na atenção básica

A avaliação como área do conhecimento vem ocupando um lugar de destaque, porém apresenta consensos e dissensos conceituais dos referenciais teóricos e modelos. (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010) Segundo Contandriopoulos et al. (1997), avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Para isso, pode-se realizar uma avaliação normativa, com aplicação de critérios e normas, ou uma pesquisa avaliativa, utilizando procedimentos científicos.

Contandriopoulos et al. (1997) afirmam que a avaliação possui quatro objetivos: auxiliar no planejamento e na elaboração de uma intervenção; fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer; determinar os efeitos de uma intervenção ao seu final para decidir se ela deve ser mantida, transformada ou interrompida; e contribuir para o progresso dos conhecimentos. Para Pisco (2006), o objetivo deve estar voltado para a identificação, avaliação e correção de situações potencialmente melhoráveis.

Os processos avaliativos que visam à melhoria da qualidade devem ser, preferencialmente, voluntários, contínuos e sistemáticos, realizados pelos profissionais no seu cotidiano e nos locais de trabalho, de forma a instituir uma cultura de avaliação baseada em fatos, e não em opiniões. A introdução de atividades avaliativas deve estimular a participação e a sua compreensão nos serviços, promovendo a responsabilização dos indivíduos em aprimorar os serviços de forma não culpabilizante. (PISCO, 2006)

O desenvolvimento de ações de avaliação no Brasil ainda é incipiente, pouco incorporado às práticas dos serviços de saúde e carrega uma característica muito burocrática ou de caráter punitivo, sendo pouco utilizado para orientar o planejamento e a gestão. Ademais, os instrumentos existentes não se configuram como ferramentas que auxiliem o processo decisório e que sirvam para a formação dos envolvidos. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005) Consequentemente, a tomada de decisão dos gestores no Brasil ocorre de forma não estruturada, refletindo-se na ineficiência do sistema de saúde. (CONTANDRIOPOULOS, 2006)

Já em 2005, o MS declarou que é papel do gestor federal induzir a institucionalização da avaliação nas três esferas de governo, reforçando o caráter formativo, pedagógico e orientador das práticas. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005) Essa menção revela uma certa preocupação e reconhecimento da importância da avaliação para as políticas de saúde do país.

De acordo com Felisberto (2006), o desenvolvimento de iniciativas voltadas para avaliação em saúde vem aumentando no Brasil, nas últimas décadas. As iniciativas vão desde pesquisas acadêmicas até pesquisas avaliativas promovidas pelo Ministério da Saúde, direcionadas aos programas e políticas e à divulgação de seus resultados. No entanto, o autor considera que, em grande parte, foram avaliações pontuais com foco em pesquisas específicas, estudos de casos ou produção regular de dados, orientadas para as necessidades da gestão.

Nesse sentido, destacam-se alguns projetos e atividades de suporte à capacitação e indutores de uma cultura avaliativa em saúde (FELISBERTO, 2006), de

importância e repercussão nacional. (AQUINO; MEDINA; ABDON, 2014) Essas iniciativas focaram o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB ; o Pacto de Indicadores da Atenção Básica; a definição dos indicadores do Componente I do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família - PROESF -; e a construção de instrumentos de autoavaliação da Estratégia de (?)Saúde da Família - Avaliação para a Melhoria da Qualidade. (AQUINO; MEDINA; ABDON, 2014; FELISBERTO, 2006)

Hoje, com o PMAQ-AB, inicia-se um novo ciclo no processo evolutivo de institucionalização da avaliação da AB no país, que incorpora elementos de abordagens anteriores e se diferencia por seu “caráter universal” e “rotineiro”. O programa busca avaliar o desempenho das equipes de atenção básica e os efeitos da política de saúde, com a finalidade de subsidiar as transferências financeiras e a tomada de decisão para avançar na melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de AB. (FAUSTO; MENDONÇA; GIOVANELLA; 2013)

A proposta do PMAQ-AB

O PMAQ-AB objetiva desenvolver ações que assegurem maior acesso e qualidade aos serviços de AB do SUS e inova ao repassar recurso para os municípios conforme os resultados alcançados. Para isso, busca estabelecer um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, com base em ações de monitoramento e avaliação da atenção básica, e permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à ABS. O programa representa, também, um importante avanço no processo de negociação e pactuação entre três esferas

de gestão do SUS - federal, estadual e municipal. (BRASIL, 2011a)

Em 2011, quando o PMAQ-AB foi criado, estava organizado em quatro fases complementares que formavam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB. (BRASIL, 2011a) Atualmente, com o lançamento da Portaria 1.645, de 2 de outubro de 2015, o novo desenho do programa propõe três fases (Adesão e Contratualização; Certificação e Recontratualização) e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento.

A primeira fase é realizada por meio da contratualização de compromissos e indicadores de saúde. Para tanto, entende-se que é fundamental estabelecer os pactos e compromissos compreendidos pelos atores envolvidos com esse processo como necessários para qualificação dos serviços no nível local. (BRASIL, 2015b)

Já a segunda fase objetiva verificar as condições de acesso e de qualidade das equipes de atenção básica participantes do PMAQ-AB. É, também, o momento de reconhecer os esforços e resultados das equipes e gestores. Isso porque a avaliação das equipes engloba aspectos do trabalho da equipe e da gestão; logo, o resultado exprime o trabalho e a interação de ambos. Ainda nessa etapa, as equipes são certificadas e, posteriormente, os municípios passam a receber recurso financeiro de acordo com o desempenho alcançado. (BRASIL, 2015b)

A terceira fase é uma etapa importante de repactuação de compromissos e de novos padrões e indicadores de qualidade, considerando os resultados obtidos pelos participantes do programa e para dar continuidade aos avanços alcançados. (BRASIL, 2015b) Dessa forma, questões que podem ter sido evidenciadas nas fases anteriores podem ser analisadas para melhor compreensão dos resultados e (re)elaboração de novos objetivos.

O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento busca fortalecer as ações chave do programa. A proposta do eixo é incentivar o desenvolvimento de ações que devem passar todas as fases do ciclo do PMAQ-AB. São estas: a realização da autoavaliação, o monitoramento de indicadores, a realização de ações de Educação Permanente, o desenvolvimento de apoio institucional e de cooperação horizontal. (BRASIL, 2015b) As estratégias propostas para esse eixo são o que parece auferir movimento e dinamicidade ao programa.

No primeiro ciclo, o programa contou com a participação de Equipes de Atenção Básica (eAB) e Equipes de Saúde Bucal (eSB). No segundo ciclo, iniciado em 2013, o programa foi modificado, permitindo a participação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO. (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012) Essa medida visou a ampliar as ações de melhoria do acesso e da qualidade para outros serviços que se articulam com a AB no território, já que o NASF e o CEO desenvolvem ações de saúde para promover a ampliação da oferta na rede de serviços da AB. (BRASIL, 2013b) Atualmente, no terceiro ciclo, o PMAQ-AB permanece abrangendo essas quatro modalidades de equipes/serviço. (BRASIL, 2015b)

Desde o lançamento do programa, o MS deu início a diversas ações para auxiliar o seu desenvolvimento, como a construção de um sistema para adesão e acompanhamento do programa, a oferta de materiais para utilização das equipes e gestores (Manual Instrutivo do PMAQ-AB, Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - AMAQ - e Instrumento de Avaliação Externa), a realização de oficinas nos estados, envolvendo diversas temáticas relacionadas ao programa e, ainda, a criação de ferramentas de divulgação e comunicação

(Comunidade de Práticas, *Facebook* do PMAQ-AB, *Twitter* e outros.).

Como o passar do tempo, novas ofertas se fizeram necessárias, visto que, passada a fase de desenvolvimento e a avaliação externa, chegou o momento de publicização dos resultados. Com isso, foram produzidas outras ferramentas (Relatórios Descritivos e Analíticos, Retratos da Atenção Básica, Portal do Cidadão, Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do PMAQ-AB) para auxiliar a análise dos resultados pelos gestores e equipes, motivar novas negociações e o compartilhamento de informações no âmbito local, além de promover a transparência dos resultados alcançados.

Considerando a publicação da portaria do primeiro ciclo do PMAQ-AB, em junho de 2011, e o início da avaliação das equipes, em maio de 2012, pode-se dizer que o MS teve um curto espaço de tempo para a construção e organização de diversos instrumentos e materiais. O AMAQ, por exemplo, teve seu processo de elaboração mais facilitado em razão da existência de outros materiais que serviram como referência para tal, como a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), o Manual do instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool Pcatool - Brasil (PCaTool). Por outro lado, o instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB exigiu mais esforços, visto que suscitou mais debate acerca dos referenciais e envolveu maior necessidade na produção de consensos.

A construção do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB

Desde o início do PMAQ-AB, o Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS estabeleceu um Grupo de Trabalho com a função de acompanhar toda a formulação do programa e as diversas questões relativas a este, além de mobilizar as outras áreas internas da instituição e os atores externos. No MS, a construção do instrumento de avaliação externa agregou diversas áreas: Gabinete do Ministro, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Secretaria de Vigilância em Saúde e outras. (BRASIL, 2013c; 2012a)

Externamente ao MS, também foram incluídos nesse processo representantes das instituições de ensino e pesquisa (IEPs), do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), tanto para construção como para validação do instrumento que seria utilizado na avaliação externa. (BRASIL, 2013c)

Esse instrumento foi elaborado visando a contemplar as prioridades da PNAB (saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, saúde mental, atenção às doenças crônicas, Programa Saúde na Escola, atenção domiciliar, práticas integrativas e complementares, doenças transmissíveis e outras temáticas), assim como as iniciativas e os programas estratégicos do MS (Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência). Todos pactuados pelas três esferas de governo. (BRASIL, 2013c)

O AMAQ, que já tinha sido concluído, serviu como referência basilar para o instrumento de avaliação externa, uma vez que já estavam definidos os padrões de qualidade para a autoavaliação, que incluía as bases prioritárias das políticas do MS citadas anteriormente. Partir do AMAQ para

a elaboração do instrumento de avaliação foi uma decisão que aspirou ao alinhamento entre os dois documentos, a partir da compreensão de que os padrões de qualidade verificados na avaliação externa não deveriam destoar dos definidos na autoavaliação. (BRASIL, 2013c)

Isso se baseia na ideia de que, a partir da identificação e do reconhecimento dos problemas no momento da autoavaliação – e considerando o potencial dessa prática para o planejamento das ações-, os gestores e as equipes de AB possam produzir sentido e desenvolver ações concretas para a mudança e para aprimoramento dos serviços. Essas ações são verificadas, na prática, na avaliação externa.

A cada ciclo do PMAQ-AB, nos períodos de criação ou revisão do instrumento (o primeiro se deu entre 2011 e 2012; o segundo, entre 2012 e 2013; e o terceiro, entre 2014 e 2015), foram realizadas várias reuniões e oficinas com o objetivo de produzir, debater e consensuar os padrões de qualidade que fariam parte do mesmo.

Para isso, foram organizados cronogramas que previam momentos de imersão com as áreas do MS, com representantes das IEPs e com representantes do CONASEMS e do CONASS. Embora o cronograma definisse a periodicidade desses encontros, em algumas ocasiões foi imposta uma certa plasticidade a depender da intensidade e necessidade de debates mais aprofundados sobre algum tema ou questão, seja técnica-política ou metodológica.

Nesse processo foi possível experimentar diversas metodologias de trabalho. Algumas buscavam identificar questões norteadoras sobre os temas de interesse para criação dos padrões de qualidade (mais específicos: saúde da mulher, saúde da criança, saúde mental, assistência farmacêutica; grandes temas da AB: acesso e acolhimento, promoção da saúde, coordenação do cuidado); outras pretendiam consolidar e validar esses padrões.

Com as IEPs, principalmente, além de se debater sobre os padrões de qualidade do instrumento, foi preciso dar ênfase à definição do método de coleta e do entrevistado. Com isso, em alguns momentos, buscou-se reunir pessoas com *expertise* em métodos de criação de questionários relacionados a um tipo de interlocutor, como, por exemplo, o usuário. Em outros, foi necessário agregar pessoas com *expertise* em pesquisas sobre um tema, como saúde bucal. As diversas reuniões e oficinas foram realizadas em Brasília e também em algumas localidades, em geral, onde estão situadas as instituições que lideram a execução da avaliação externa (o próximo tópico trata desse assunto).

Os representantes do CONASS e do CONASEMS também participaram da elaboração do instrumento, sobretudo, da sua validação técnico-política. Com isso, a partir das suas matrizes conceituais, puderam propor novos padrões e fazer o debate técnico-político, considerando suas vivências de realidade da AB. Os debates aconteceram, geralmente, em reuniões com o Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde da Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) na qual o PMAQ-AB era pautado. É importante frisar que espaços como esse têm o potencial de estimular o debate e a negociação entre os representantes dos três entes federativos sobre o planejamento e implementação das políticas públicas de saúde.

Ao final desse processo, tem-se o Instrumento de Avaliação Externa, criado a partir de vários pontos de vista. O instrumento está organizado por módulos, conforme o método de coleta das informações: Módulo I, de observação na unidade de saúde, no qual o avaliador irá verificar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos; Módulo II, no qual o avaliador entrevista o profissional da equipe que foi designado pela mesma para responder sobre organização do serviço, processo de

trabalho e ações de atenção à saúde desenvolvidas para a população, e verifica documentos que comprovem algumas dessas atividades; e o Módulo III, de entrevista com o usuário para verificar a satisfação e a percepção em relação ao serviço de saúde utilizado. (BRASIL, 2012a)

Nos dois primeiros ciclos, existiam três módulos e um módulo extra, chamado de Módulo Eletrônico, que era preenchido *online* no sistema do PMAQ-AB, no Portal do Gestor do DAB. Este não era de preenchimento obrigatório e tinha o propósito de obter informações complementares às do Instrumento de Avaliação Externa. O termo complementar fala mais sobre a forma de obtenção da informação que busca acessar a gestão municipal, que não é entrevistada na avaliação externa. No primeiro ciclo, gestores e equipes preenchiam o questionário; e, no segundo ciclo, as questões estavam voltadas apenas para a gestão municipal. (BRASIL, 2012a)

Uma mudança significativa no instrumento ocorreu no segundo ciclo, no qual foram publicados instrumentos separados para as eABs e eSBs, e também foram criados os instrumentos de avaliação do NASF e do CEO. Com isso, foram desenvolvidos outros dois módulos para a saúde bucal (observação da unidade de saúde direcionada para avaliar o consultório e equipamentos/materiais odontológicos e entrevista com o profissional da saúde bucal) e um para o NASF (entrevista com o profissional desse núcleo). Além disso, o Módulo II incorporou padrões sobre a relação do NASF com a eAB. (BRASIL, 2013c)

Outra mudança estrutural no instrumento foi a exclusão do Módulo III para a avaliação das equipes. Segundo o manual instrutivo do programa, esse módulo servirá, no terceiro ciclo, para a realização de uma pesquisa nacional sobre a satisfação do usuário da AB, e não mais para a certificação das equipes participantes do PMAQ-AB. Muito

embora a sua aplicação seja realizada concomitantemente à avaliação externa, facilitando o acesso aos usuários e possibilitando a redução de gastos com toda a organização do trabalho de campo. Então, atualmente, o instrumento é composto por cinco módulos. (BRASIL, 2016)

Antes mesmo da finalização do instrumento, já se inicia uma discussão visando à criação de critérios para o desenvolvimento da sua versão eletrônica, no formato de um aplicativo para *tablet*. Em paralelo a isso, também é desenvolvida a construção da base de dados nacional. Nessa fase está incorporada, atualmente, parte da equipe de Tecnologia da Informação (TI) da Secretaria de Educação a Distância da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Após programação do instrumento, o aplicativo passa por exaustivos testes para sua homologação, realizados pelas equipes de TI, do DAB e de coordenação da avaliação externa nas IEPs.

Os *tablets* foram utilizados por todas as equipes de entrevistadores na coletados dados, desde o primeiro ciclo do programa. (BRASIL, 2013c; 2012a) Isso significa que tudo sempre foi realizado por meio eletrônico, o que influenciou de forma considerável nessa dinâmica, tornando-a mais ágil. Tanto o fluxo de coleta do dados quanto o envio para a base de dados nacional do PMAQ-AB e a validação dos módulos aplicados foram sensivelmente mais rápidos.

Basicamente, como acontece a coleta? No momento da avaliação, o entrevistador aplica um módulo para uma equipe/UBS/usuário em qualquer lugar do Brasil e envia os dados para a base nacional (caso não tenha acesso à internet no momento final da coleta, pode enviar depois, assim que tiver acesso a conexão). Logo em seguida (muitas vezes, em tempo real), é possível visualizar o questionário na base de dados nacional. Isso permite que vários relatórios de acompanhamento do trabalho de campo

sejam produzidos rapidamente, servindo para a tomada de decisões importantes quanto ao redimensionamento de prazos, recondução dos processos e reorganização do trabalho, de forma conjunta entre MS e IEP, e desses com gestores estaduais e municipais.

No primeiro ciclo do PMAQ-AB, foram realizados pilotos para testagem do instrumento, principalmente para verificar a compreensão das questões pelo entrevistado e a organização dos padrões no instrumento. Estes seriam os possíveis documentos comprobatórios existentes, os fluxos para aplicação dos módulos durante a visita na UBS, o tempo de aplicação de cada módulo e a forma de captação do usuário para a entrevista. Afinal, era a primeira vez que um instrumento avaliativo seria aplicado em 17.203 equipes eAB, 38.812 UBS (BRASIL, 2015d) e 65.391 usuários da AB. (BRASIL, 2015c) No segundo ciclo, também foram realizados pilotos que incluíram como objetivo a testagem do aplicativo do *tablet*, realizados pelo MS e pelas IEPs em equipes não aderidas ao PMAQ-AB.

O aplicativo também serviu para as capacitações dos entrevistadores e supervisores de campo realizadas pelas IEPs. Desse modo, nas capacitações, pode-se trabalhar com os recursos tecnológicos que seriam utilizados na coleta futura de dados, permitindo um treinamento mais qualificado para o momento da avaliação externa. Isso porque possibilita o manuseio do *tablet* e a aproximação com o aplicativo. Os testes do aplicativo e seu uso nos pilotos pelas IEPs também forneceram bases para eventuais revisões no instrumento, no próprio aplicativo e até mesmo nos manuais de campo dos entrevistadores.

Mesmo com alguns problemas que foram observados a partir da utilização do *tablet* e do aplicativo, essa experiência se mostrou extremamente positiva. Dificuldades essas relacionadas a: várias versões eletrônicas do instrumento

para correção da programação; atualizações necessárias para o funcionamento do aplicativo que dependiam de conexão à internet; problemas com a conexão; falhas técnicas dos aparelhos; perda ou roubo do equipamento.

Assim, o uso da tecnologia em uma das principais etapas do programa permitiu que as informações fossem mais rapidamente analisadas e, conseqüentemente, os resultados pudessem ser divulgados numa escala de tempo muito menor. Possibilitou, ainda, o acompanhamento sistemático das avaliações realizadas em todo o país e possíveis negociações pelos envolvidos no projeto nas IEPs e por gestores do SUS. Para o PMAQ-AB, isso foi extremamente importante, considerando o elevado número de equipes avaliadas no programa e o seu crescimento a cada ciclo. A forma como o programa está estruturado requer a finalização da avaliação externa em tempo hábil para dar continuidade aos ciclos. Seria possível avaliar e certificar tantas equipes, desconsiderando essas ferramentas, a cada dois anos mais ou menos (não significa que esse é o tempo ideal, mas aqui a reflexão é sobre a operacionalização da avaliação externa a partir da norma do programa), como está proposto no programa?

A parceria com instituições de ensino e pesquisa brasileiras

De certa forma, muitas questões sobre a parceria com as IEPs foram colocadas no item anterior. Mas achamos importante reservar este espaço para tratar um pouco mais sobre o assunto. Essencialmente, no que se refere à avaliação externa do PMAQ-AB, o MS contou com a participação de pesquisadores e instituições que integram a Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde.

O principal objetivo da rede é proporcionar o conhecimento e a interação entre pesquisadores, gestores do SUS, trabalhadores em saúde e demais interessados em assuntos relacionados à APS, e com isso, ampliar o conhecimento sobre essa área e utilizar resultados de pesquisa para qualificação da gestão. Diversas instituições colaboram no financiamento da rede, inclusive o próprio Ministério da Saúde, por meio do DAB. (REDE DE APS, s.d.; FAUSTO; MENDONÇA; GIOVANELLA, 2013)

Dessa forma, a avaliação externa do PMAQ-AB contou com a participação de IEPs brasileiras com reconhecida experiência em pesquisas avaliativas no país. São oito IEPs principais que coordenam a execução dessa etapa: Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal de Pelotas, Universidade Federal do Piauí, Universidade Federal Rio Grande do Norte, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal de Sergipe, Fundação Oswaldo Cruz. Junto a essas, participam como colaboradoras outras instituições situadas nos estados sob responsabilidade da principal. Ao todo, foram 45 IEPs no primeiro ciclo do programa e 49 no segundo ciclo. (BRASIL, 2013a; 2013c)

Desde o primeiro ano do PMAQ-AB, criou-se um grupo constituído por representantes do MS envolvidos com o programa e pessoas que coordenavam esse projeto nas IEPs. Após cinco anos do PMAQ-AB, esse grupo que constitui a Coordenação Nacional da Avaliação Externa do PMAQ-AB vem se consolidando, debatendo e atuando no sentido de planejar e instituir formas de superar os problemas e os desafios observados na condução dessa avaliação. Tanto do ponto de vista da metodologia utilizada quanto do entendimento dos resultados alcançados.

Já foi dito que a colaboração das instituições envolveu a construção do instrumento de avaliação externa e do

seu método de aplicação, a construção do aplicativo e do banco de dados, a definição do processo de validação dos dados coletados, e toda a organização do trabalho de campo (incluindo a seleção, o treinamento e a contratação dos entrevistadores, e o desenvolvimento da logística do campo).

No entanto, a parceria entre MS e IEP foi mais além. Os representantes das IEPs participaram de eventos nacionais e internacionais (fóruns, seminários, palestras) promovidos pelos DAB e até de atividades de educação permanente para os trabalhadores do departamento. Vale destacar que diversas oficinas realizadas nos estados pela equipe do DAB contaram com a participação das IEPs. O objetivo era promover momentos de debate com ênfase nos desafios e potencialidades das pesquisas sobre acesso e qualidade na atenção básica, nos resultados da avaliação e na organização da avaliação externa no nível local. Em alguns lugares, as próprias IEPs buscaram os gestores estaduais e municipais, e vice-versa, convidando para vários eventos locais e reuniões técnicas para melhor compreensão do programa e dos dados.

Diversas publicações de estudantes de graduação e pós-graduação e de pesquisadores dessas instituições estão utilizando o banco de dados do PMAQ-AB e as experiências do trabalho de campo. O envolvimento com o PMAQ-AB nessas instituições possibilita aos estudantes se aproximarem da AB, muitas vezes conhecendo esse tipo de serviço pela primeira vez, e participarem de grupos de pesquisas. Para os professores e pesquisadores, há possibilidade de inúmeras abordagens formativas e científicas. Para o MS, essas devem ser compreendidas como resultados importantes do programa, mesmo que inicialmente isso não estivesse previsto.

Comentários provisórios

O PMAQ-AB é um programa de grande envergadura que foi implantado em um curto espaço de tempo. Dessa forma, exigiu muito empenho técnico e político do MS para sua concretização, especialmente no primeiro ciclo, quando muita coisa era novidade. A sua construção mexeu/ envolveu diversos atores (gestores do SUS, acadêmicos, trabalhadores da AB) com perspectivas e entendimentos distintos sobre acesso e qualidade na ABS, avaliação em saúde e demais assuntos específicos que vieram à tona em inúmeras ocasiões.

Como ainda está muito presente a ideia negativa sobre a avaliação, que com muita frequência é vista como um processo que gera punição ou constrangimento, a fase de avaliação externa do programa tende a ser um momento de muita ansiedade para os gestores e para as equipes participantes do PMAQ-AB. Nesse sentido, a construção do instrumento utilizado na avaliação externa passa a ser uma questão muito relevante, já que, a partir dele, resulta em maior parte (70%) do desempenho final da equipe da certificação, podendo, inclusive, gerar mais entraves e dificuldades na definição dos seus padrões de qualidade.

Portanto, é preciso estar atento à definição desses padrões e parâmetros tomados como referência para construção dos instrumentos e às possíveis metodologias a serem utilizadas na avaliação. Levando em conta as diferentes formas de organização dos serviços, a entrada de novas modalidades no programa e a relação entre elas, que também é um desafio para a formulação do instrumento. Além do mais, ainda é um desafio determinar o que seria um padrão de qualidade para a AB. Sendo assim, sua definição é algo a ser construído.

A construção do instrumento de avaliação, a realização da avaliação externa e as negociações tripartite devem incluir o maior número de visões e opiniões e fomentar uma cultura de negociação que propicie a implicação dos atores envolvidos, com o intuito de criar objetivos comuns, responsabilização dos indivíduos, credibilidade e reconhecimento dos resultados. (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012; PISCO, 2006; FELISBERTO, 2006)

Por fim, o PMAQ-AB é uma iniciativa que contribui para a institucionalização da avaliação no Brasil, resultante do aumento da cooperação academia-serviço e de fomento à pesquisa no país, no SUS e no campo da saúde coletiva. Entretanto, o programa apresenta alguns desafios relativos à parceria entre universidades e gestores (federais, estaduais e municipais), à logística aplicada a um programa de envergadura nacional que se propõe a avaliar processos locais, à dinamicidade dos processos e mudanças esperadas em curto e médio espaço de tempo e às contradições que podem ser geradas em razão da remuneração por desempenho. (AQUINO; MEDINA; ABDON, 2014)

Os processos desenvolvidos a partir da criação do PMAQ-AB mostram que institucionalizar a avaliação no âmbito do SUS requer investimento cuidadoso e consistente para a construção de uma série de consensos entre diversos atores. Espera-se que esse trabalho possa auxiliar na compreensão do PMAQ-AB, entendendo seu potencial de promover a gestão colaborativa e inovadora no SUS.

Referências

AQUINO, R., MEDINA, M.G.; ABDON, C. Monitoramento e avaliação: reflexos visíveis na atenção primária à saúde no Brasil. In: SOUZA, M.F.; FRANCO, M.S.; MENDONÇA, A.V.M. (org.). **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes, 2014.

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. 2012, vol.17, n.11, p. 2865-2875. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>>. Acesso em: 31/01/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1.654**, de 19 de julho de 2011a. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial da União 2011, 20 julho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM no 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento Síntese da Avaliação Externa**. Brasília: 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento_Sintese_Avaliacao_Externa_2012_04_25.pdf>. Acesso em: 30/01/2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_pmaq.pdf>. Acesso em: 31/01/2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mais Perto de Você - Acesso e Qualidade (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB). **Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF (versão preliminar)**. 38 p. Brasília: MS; 2013b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf>. Acesso em: 30/01/2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (versão preliminar) e Saúde Bucal**. Brasília: 2013c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf>. Acesso em: 30/01/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.645**, de 2 de outubro de 2015b. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Satisfação dos Usuários da Atenção Básica** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. 2 v.: il. (Retratos da Atenção Básica no Brasil - 2012, n. 1). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/retratos_ab_vol1.pdf>. Acesso em: 31/01/2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Gestão da Atenção Básica** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2015d. 3 v.: il. (Retratos da Atenção Básica - 2012, n. 2). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/retratos_ab_2_vol_1.pdf>. Acesso em: 31/01/2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (versão preliminar) e Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Instrumento_Avaliacao_Externa_AB_SB.pdf>. Acesso em: 31/01/2015.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Cienc. Saúde Colet.** 2006; v.11, n.3, p.705-711.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT R. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (org.). **Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p.29-47.

DEMO, P. **Educação e qualidade**. Campinas: Papyrus, 2001.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University, 2003.

_____. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine, Chicago**. v.114, n.11, nov. 1990, p.1115-1118.

FAUSTO, M.C.R.; MENDONÇA; M.H.M., GIOVANELLA, L. Experiências de avaliação da Atenção Básica no Brasil: notas para um debate. In: FAUSTO, M.C.R; FONSECA, H.M.S. (org.). **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB**. Rio de Janeiro: Saberes, 2013.

FELISBERTO, E.; ALBUQUERQUE, L.C.; ALBUQUERQUE, A.C. Avaliação na estratégia saúde da família: os sentidos da institucionalização dessa prática. In: SOUZA, M.F.; FRANCO, M.S.; MENDONÇA, A.V.M. (org.). **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes, 2014.

_____. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, 2006, p.553-63.

FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G.; NAVARRO, L.M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para as práticas nas instituições. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G. (org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Editora Medbook, 2010.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ C,(org.).**Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, p.177-198.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

PAIM, J.S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: Hartz, Z.M.A; Vieira-da-Silva, L. M.(org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro, Salvador: Editora Fiocruz, EDUFBA, 2005, p.9-10.

PAIM, J.S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, London, maio, 2011, p.11-31. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 30/03/2014.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.N.; FLORÊNCIO, A.R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **RECIIS- Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação em Saúde**, v. 6, n. 2, sup., ago., Rio de Janeiro. 2012. Disponível em: <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/624/1083>>. Acesso em: 08/12/2015.

PISCO, L.A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v.11, n.3, 2006, p.566-568. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300004>>. Acesso em: 08/12/2015.

REDE DE APS. **Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde**. Disponível em: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/>>. Acesso em: 08/12/2015.

SERAPIONI, M. 1998. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará (mimeo.).

SOUSA, M.F. **Programa Saúde da Família no Brasil:** análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília: Ed. do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2004.

TANAKA, O.Y.; RIBEIRO, E.L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.14, n.2, abr. 2009, p.477-486.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, sup 2, 2004, p. S190-S198.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública** [online], vol.18, n.6, 2002, p. 1561-1569. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v18n6/13251>>. Acesso em: 02/12/2015.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Avaliação da qualidade de programas e ações de vigilância sanitária. In: COSTA, E. A. (org.). **Vigilância sanitária:** temas para debate [online]. Salvador: EDUFBA, 2009, 237 p. ISBN 978-85-232-0652-9. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/6bmrk/pdf/costa-9788523208813-12.pdf>>. Acesso em: 02/12/2015.

UMA ANÁLISE POLÍTICA DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA – PMAQ-AB¹

*Luciano Bezerra Gomes
Emerson Elias Merhy*

Introdução

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), lançado em 2011 pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB), tem se apresentado como uma importante agenda para os trabalhadores e gestores de todo o país. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) Por esse motivo, torna-se essencial analisá-lo a partir das mais diversas perspectivas.

Recentemente, estudos interessantes têm começado a aparecer, seja sobre a implantação do PMAQ-AB, seja com

¹ Texto elaborado como parte das reflexões desenvolvidas no Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde. Projeto financiado pelo CNPQ, com coordenação nacional de Emerson Elias Merhy.

divulgações dos primeiros dados coletados na avaliação externa realizada como etapa do programa, conduzida em parceria entre o DAB e as instituições de ensino e pesquisa, majoritariamente públicas, como as universidades federais e estaduais, e com a Fiocruz.

De nossa parte, entretanto, gostaríamos de analisar o PMAQ-AB em seus aspectos políticos mais diretos, pensando nas suas apostas, nos avanços que parece realizar e potenciais limitações e desafios. Para nossas reflexões, tomamos como “interlocutor” especial Hêider Aurélio Pinto. Ele foi o diretor do DAB durante todo o processo de formulação e articulação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de criação do PMAQ-AB e implementação dos seus dois primeiros ciclos, tendo elaborado diversas publicações sobre este, especialmente sua dissertação de mestrado e artigos em parceria com outros gestores e pesquisadores. (PINTO, 2014)

Parece-nos importante tomá-lo como uma aposta em um certo modelo tecno-assistencial e que, como tal, oferta uma constituição do que é o público e o privado, do que é o âmbito do estatal e sua conformação, seus modos de governar a si e aos outros, além da aposta na configuração dos modelos de cuidado através de algumas conformações tecnológicas das práticas de saúde individuais e coletivas. (MERHY, 1992)

Como primeiro elemento, vale pontuar que é fundamental termos em mente a noção de que o PMAQ-AB é uma estratégia conectada a outras mudanças ocorridas no Ministério da Saúde, durante o governo Dilma Rousseff. Especialmente, apontamos os seguintes aspectos: a definição da atenção básica (AB) como porta de entrada prioritária e coordenadora das linhas de cuidado produzidas nas redes; o redesenho da regionalização e do financiamento do SUS, através do decreto presidencial

7508; as variadas estratégias avaliativas, como o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS, no bojo do Índice de Desempenho do Sistema único de Saúde (IDSUS), entre outras iniciativas. (PINTO, 2014)

Entretanto, onde o PMAQ-AB mais apresenta imbricações, não por acaso, é na revisão da Política Nacional de Atenção Básica, realizada a partir de 2011. Segundo Hêider Pinto: “Estudando o PMAQ, temos uma visão privilegiada e sintética de toda a PNAB, o que nos permite um olhar aguçado sobre as fases, ou momentos, de formulação, decisão, implantação e avaliação de grande parte da nova PNAB.” (PINTO, 2014, p.33) Para ele, o PMAQ-AB não apenas permite tal síntese da PNAB, como se tornou a principal estratégia indutora de mudanças na AB, propondo transformar o modelo de atenção e o modelo de gestão hegemônicos e impactar a vida da população como um todo. O PMAQ-AB seria, então, também revelador da nova PNAB.

De modo sintético, podemos dizer que o PMAQ-AB se estrutura em quatro momentos que não são compreendidos como estanques, mas como etapas de um ciclo, a saber: 1. adesão e contratualização; 2. desenvolvimento; 3. avaliação externa; 4. certificação e recontratualização. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) Hêider Pinto considera que o momento central do programa, o que promove o movimento de mudança, é a fase de desenvolvimento, que tem como principais estratégias a promoção de autoavaliação, o monitoramento de indicadores, a educação permanente em saúde (EPS) e o apoio institucional. (PINTO, 2014)

O PMAQ-AB teria promovido uma grande mobilização de gestores e trabalhadores por ter permitido ou potencializado “a realização pelas EAB [Equipes de Atenção Básica] da autoavaliação e do planejamento das ações de mudança; a realização pela gestão municipal de

apoio institucional às EAB; a implantação no serviço do acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade; e as atividades de EPS desenvolvidas.” (PINTO, 2014, p.204)

Sendo assim, para as reflexões que tentamos propor, torna-se essencial debatermos essas estratégias desencadeadas pelo PMAQ-AB. Entretanto, mais do que apresentarmos proposições muito claras sobre as temáticas que procuramos encarar, gostaríamos que este texto fosse visto mais como um provocador de questões que demandam esforços sistemáticos para serem respondidas. Então, diante da dúvida se temos ou não condição de afirmar determinada assertiva, preferimos nos sustentar na possibilidade de compartilharmos questões que as proposições sobre o PMAQ-AB nos mobilizam a pensar.

Por exemplo, diante da última afirmação de Hêider Pinto sobre os efeitos do PMAQ-AB na mobilização dos atores, perguntamo-nos: quais desses efeitos, onde eventualmente tenham ocorrido, podem ser correlacionados ao PMAQ-AB? Pelos dados do DAB, o instrumento por eles ofertado, denominado autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade - AMAQ, teve um elevado uso e, assim, permitiu a realização de autoavaliação nos seus moldes. Mas quantas dessas equipes também não faziam antes, com outras estratégias, autoavaliação? Ou mesmo, quais são os atores valorados pelo PMAQ-AB e o que sobra dessa forma de instituir o que é ou não um ator?

Quanto aos demais aspectos, Hêider Pinto afirma que “o programa estimulou a potente articulação entre as ações de EPS e de apoio institucional para motivar, fortalecer, dar suporte às equipes para a realização da mudança e aumentar as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano.” (PINTO, 2014, p.206-207) Mas novamente nos questionamos: quais foram mesmo as medidas relacionadas ao PMAQ-AB que

levaram a avanços na realização de apoio institucional nos municípios, nas atividades de EPS e na implantação do acolhimento? O fato de ter colocado na portaria que eles são importantes e ter perguntado na avaliação externa se eles ocorriam é suficiente para afirmar que o PMAQ-AB induziu e estimulou tais processos? O que de fato é EPS para a formulação do PMAQ-AB e o que está nesse leque na avaliação promovida?

Acreditamos ser possível tomar o PMAQ-AB como analisador da nova PNAB, mas isso não implica inferir como sendo seu efeito todas as eventuais modificações no processo de trabalho e gestão da AB ocorridas nos municípios. Entretanto, como afirmamos, não nos propomos aqui a constatar as evidências que possam confirmar cada uma das nossas dúvidas, mesmo assim as colocamos, como apontamentos possíveis para futuros estudos.

Tendo esclarecido as intenções e as limitações desse texto, gostaríamos de encarar uma primeira reflexão: quais são mesmo as implicações políticas constitutivas ao PMAQ-AB? Isto é, será que conseguimos marcar uma certa genealogia, um modo de se ir produzindo essa formulação, a partir do que foi sendo construído para conformar essa grande estratégia política para o SUS no momento de sua materialização?

Do campo da política no PMAQ-AB

Diante de um programa nacional financiado e regulamentado basicamente pelo Ministério da Saúde, ainda que consensualizado nas instâncias de gestão tripartite coloca-se a possibilidade de imaginar que essa seria uma política cujo sujeito central representaria esse ministério. Mesmo que tenha aproveitado diversas ofertas

já realizadas no âmbito das várias constituições de agentes institucionais produzidos pelo SUS, desde sua formulação inicial, nos anos 1980. Assim como deve ter sido forte a aposta de que a rede básica ou atenção primária, como trata de modo indistinto, teria a força de modificar os modelos de atenção à saúde.

Dentro de uma perspectiva normativa (ou simplista) de se compreender o mundo da política, isso pode colocar quase que exclusivamente no ministério os possíveis méritos e os eventuais problemas que venham a emanar desse programa. Entretanto, essa não é a melhor maneira de analisar sua configuração, e não só porque se afirma que o SUS é tripartite. Isso se dá porque a política não é só aquilo que ocorre nos gabinetes dos gestores.

Como os pensadores do planejamento nos ensinaram há tempos, todos os atores em situação planejam, todos governam. (MATUS, 1993; TESTA, 1995) Sendo assim, o campo das políticas públicas está sendo sempre construído por aqueles que estão diretamente envolvidos na sua implementação.

Mas há mais que isso em discussão: o campo da política não se constitui apenas nas posições em relação aos projetos em disputa, ou à capacidade de certos sujeitos implementarem seus projetos dentro de determinado contexto que implica maiores ou menores graus de governamentalidade. (FOUCAULT, 2008)

A política é algo constitutivo a todas as relações entre as pessoas. Podemos fazer um paralelo em relação ao modo como Foucault compreendia o discurso. Para ele, o discurso não é apenas aquilo que usamos para produzir a disputa política; em sua perspectiva, representa também aquilo pelo que se luta, o que está em disputa e não só uma ferramenta a ser usada na luta. (FOUCAULT, 2004) Diríamos, assim, que com a política se daria algo semelhante: a definição do que

é ou não o próprio campo da política é aquilo pelo que se luta, a luta em si. Ou seja, no seu exercício.

Perante isso, quando se remete ao PMAQ-AB nas relações políticas que se instauram no cotidiano entre os atores em situação, de que melhoria e de que qualidade se está falando é o primeiro objeto da disputa. O embate referente ao acesso a que modalidade de serviços, a que tipo de oferta é constitutivo dessa arena.

Por mais acúmulo de recursos que se possa identificar no Ministério da Saúde, não se sustenta a interpretação de que este teria capacidade de, externamente às relações, conduzir os rumos dessa política. Relações essas que estão no campo da micropolítica e como tal das relações de poder aí instituídos e se estabelecem entre trabalhadores e gestores. A nosso ver, o campo da produção da política é tão constituído pelo trabalho vivo em ato dos sujeitos como o é o campo da produção do cuidado e, como tal, micropolítico em base. (MERHY, 2002)

Entretanto, conforme afirmamos acima, a política começa com a definição do que entra ou não no campo que a constitui. Por exemplo, quando se define em um programa que há uma lista de indicadores previamente definida e que o papel dos trabalhadores seria escolher, dentre esses, quais suas proposições de metas e como se adequar para alcançá-las, está embutida aí uma certa noção do que é a política e de como exercê-la. Ou quando se realizam dezenas de milhares de entrevistas com usuários em que o objetivo das mesmas é apenas mensurar sua satisfação em relação a determinadas propostas organizacionais previamente determinadas pelos gestores. O que demonstra claramente o que tinha sido previsto como papel político dos usuários nesse processo e expressa o que o próprio PMAQ-AB institui como ator. Podemos imaginar que molarizar todos os usuários como opinadores sobre a qualidade do consumo

do que lhe é ofertado mostra algo, mas não mostra muitas outras coisas fundamentais.

Sendo assim, limitar-se a reproduzir essas definições como sendo critérios “técnicos” validados por tal ou qual metodologia é um reforço político a essas deliberações. Discordar dessa perspectiva, para os que não se conformam com a postura de inação, demanda pensar em outras formas de fazer política no mesmo campo.

Tensões constitutivas do PMAQ-AB

A análise política, entretanto, não é possível de ser elaborada apenas a partir da produção discursiva dos seus atores. É fundamental tomar o modo como se dão as modificações nos cenários onde operam, as maneiras como se materializam as concepções em disputa como elementos para o debate. Diante disso, tomamos a seguir alguns efeitos e tensões do PMAQ-AB.

Do financiamento

Um primeiro aspecto importante a perceber é quais deslocamentos o PMAQ-AB promoveu num contexto crônico e notório de subfinanciamento da saúde, que incide mais fortemente sobre a AB. Tal necessidade não passou despercebida por Hêider Pinto, que elaborou uma análise específica sobre essa dimensão, estudo esse que teve como um dos coautores Helvécio Miranda Magalhães Jr, secretário de Atenção à Saúde durante o período em que Hêider Pinto esteve à frente do DAB. Para esses autores, foi considerável a ampliação de recursos da AB no ciclo de governos capitaneados pelo Partido dos Trabalhadores, especialmente no governo Dilma. Neste último, não

apenas houve um aumento dos valores repassados, mas uma importante diversificação nas modalidades de financiamento, que permitiram aos municípios complexificar a atenção básica e, potencialmente, melhorar sua qualidade. (PINTO; MAGALHÃES JR; KOERNER, 2014)

Reconhecendo tal ampliação, concordamos com esses autores quando eles afirmam que temos ainda muita necessidade de lutar por aumentos no financiamento na atenção básica, seja pela defasagem herdada em 2003; seja pelos valores de incentivo terem ficado sem reajuste de 1998 a 2002, também porque ainda temos muita população sem cobertura da estratégia de saúde da família (em dezembro de 2013, era de apenas 56%); seja porque há ainda grande sobrecarga orçamentária por parte dos municípios e, no outro extremo, desresponsabilização por parte dos estados. Concordamos com a aposta de que deva haver um outro balanceio entre as esferas de governo e essa carga de financiamento, cabendo ao federal e ao estadual um deslocamento fundamental no que está se efetivando. (PINTO; MAGALHÃES JR; KOERNER, 2014)

Da negociação no nível local

A aposta principal do programa está no estabelecimento de melhorias nas negociações entre trabalhadores e gestores, ou, pelo menos, na possibilidade de se instituírem tais processos em âmbito local. Nas palavras de Hêider Pinto: “Aposta-se no fomento de uma dinâmica que propicie a constituição de espaços de negociação e implicação dos atores envolvidos, buscando claramente mobilizá-los através da possibilidade de terem seus interesses, necessidades e desejos contemplados.” (PINTO, 2014, p.84-85)

Desse modo, o programa não realizaria diretamente, por uma ação do DAB, a ampliação do acesso e melhoria da qualidade, como seu nome poderia fazer pensar, embora isso não queira dizer que ele não aponte para tal possibilidade. Acreditamos que onde não se tem interesse local e atores implicados com o fortalecimento da AB, o PMAQ-AB não garante qualquer mudança; entretanto, o avanço pode se dar nos municípios com contextos favoráveis à implantação de projetos mais democráticos e que investem no avanço dos serviços públicos, os quais terão mais condições para alcançá-los. Não há como o PMAQ-AB roubar a necessidade de se ampliarem os arranjos locais que alargam a capacidade do governo de (aqui falta um complemento) todos os atores que se inscrevem nesse plano institucional. Deve servir de alavanca e facilitador, mas não de agente central definidor, protagonista e regulador, praticamente apagando os modos próprios como em cada região-local os jogos institucionais são operados. Querer substituir o protagonismo dos jogos no local é pura ilusão e fadada à insuficiência.

Da educação permanente no PMAQ-AB

Em artigo de Hêider Pinto, escrito, entre outros, com Alcindo Antônio Ferla e Ricardo Burg Ceccim, professores da UFRGS, os autores afirmam que o PMAQ-AB tem um aspecto relevante na identificação das práticas de EPS desencadeadas, bem como na sua indução para alcançar a melhoria intencionada. (PINTO et al., 2014) Entretanto, na avaliação externa, levantaram-se mais detalhadamente informações sobre o Telessaúde e sobre a Comunidade de Práticas do DAB, a nosso ver, dois dispositivos muito limitados no que se refere à potência como educação permanente numa concepção mais radical. (OLIVEIRA, 2013)

Se o trabalhador acessa atividades com interação simultânea, a tecnologia do Telessaúde pode até mediar encontros com certa potência de EPS, mas a atuação assíncrona de teleconsultores, na quase totalidade das situações, aponta mais para a resposta a dúvidas clínicas típicas de ofertas de educação continuada. Além disso, tem, via de regra, um acesso relativamente restrito em termos quantitativos, mesmo em lugares com estrutura, conectividade e muito tempo de existência da oferta, como em experiências do Telessaúde bem consolidadas.

Outro elemento importante é a pequena ênfase concreta no desenvolvimento de políticas ministeriais efetivas de EPS na atenção básica, com pouquíssimo recurso e baixo investimento em formulação de novas estratégias direcionadas para esse campo nos últimos anos. Sendo assim, é importante pensarmos: o que é formulado como EPS no PMAQ-AB? Na concepção de que educação permanente é um acontecer instituinte no mundo do trabalho, como sair de uma política de indução para uma de reconhecimento e aí criar mecanismos facilitadores e não indutores? Como contribuir para superar uma visão conservadora de que educação permanente e educação continuada são a mesma coisa? Que dispositivos de EPS estão mesmo integrados ao PMAQ-AB?

Da avaliação externa e das universidades como parceiras

Como dissemos antes, as instituições de ensino e pesquisa, especialmente as universidades públicas, foram parceiras do DAB na execução da avaliação externa do PMAQ-AB. Nesse processo, dezenas de pesquisadores dessas instituições mobilizaram centenas de avaliadores que realizaram o trabalho de campo em todo o território nacional.

Embora o eixo central do programa esteja na fase de desenvolvimento, a avaliação externa do PMAQ-AB é uma etapa relevante dentro do projeto e que teve grande visibilidade entre todos os envolvidos. Reconhecemos que houve uma aposta importante do Ministério da Saúde ao se definir por realizar parcerias com as instituições de ensino e pesquisa, ao invés de contratar algumas dentre as muitas empresas privadas de pesquisa existentes no país.

Com tal aposta, não apenas se conseguiu desenvolver mais capacidade de pesquisa em diversas instituições em todo o país, como também, em certos lugares, pôde-se intensificar a inserção da vida dos serviços nas reflexões das escolas. Por outro lado, foi possível a institucionalização de redes colaborativas interinstitucionais que permitem o desenvolvimento de outros projetos relevantes.

Entretanto, a avaliação externa se realizou de um modo que permitiu pouca interação efetiva entre os avaliadores e pesquisadores das universidades e os trabalhadores e gestores nos municípios. O modo de contato que permitiria o desenvolvimento de processos mais intensos de trocas não se concretizou diante da intensa quantidade de trabalho, e com o pouco tempo previsto para a realização das avaliações presenciais em todas as equipes do território nacional.

Mas, para além da relação entre o tempo e a quantidade de avaliações a serem realizadas, outras questões se colocam em relação à avaliação. De certo modo, os instrumentos de avaliação externa e as suas estratégias de aplicação se aproximaram muito mais de uma “fiscalização” do que de uma avaliação compartilhada. A diferença que existe entre propor a avaliação externa como a realização de uma auditoria ou pensá-la como um dispositivo para apoiar processos de transformação em curso é mais do que uma modificação de palavras, é uma

efetiva mudança de perspectiva. Isto porque tais caminhos distintos fazem parte de diferentes maneiras de se conceber a produção da política.

Feita essa constatação, qual poderia ser, então, o papel das instituições de ensino e pesquisa que realizam a avaliação externa? Diante da singularidade das instituições envolvidas na avaliação e dos locais em que elas atuam, é impossível contemplar essa questão com uma resposta única. Entretanto, apostamos que a abertura para a possibilidade de se intensificarem as relações de lateralidade entre os serviços, os usuários e as escolas é uma diretriz importante. Ainda considerando que a potência do seu trabalho pode ir muito além da realização de cálculos estatísticos, a partir das bases de dados coletados no trabalho de campo, as universidades e instituições de pesquisa envolvidas na avaliação externa poderiam colocar-se à disposição para apoiar os processos locais que apontam para avanços, mesmo que ainda incipientes. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004) Seria possível, como Hêider indica, de fato criar um observatório que contemplasse a multiplicidade dos processos avaliativos, abrindo-se efetivamente para os processos compartilhados com os locais como cenário de trabalhadores-avaliadores?

Da AB como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção

Em texto que escreveram juntos, Hêider e Helvécio (PINTO; MAGALHÃES JR, 2014) consideram que os serviços de AB têm grande potencial de representar a porta de entrada preferencial no SUS, mas ainda enfrentam muitos desafios para poder realizar a coordenação do cuidado continuado. Não têm, também, conseguido ser efetivamente os ordenadores dos trajetos dos usuários nas redes de atenção à saúde (RAS).

Entretanto, quando falam do que leva a essa incapacidade da AB em coordenar o cuidado continuado e ordenar o acesso à RAS, Hêider e Helvécio apontam para motivos que se centram em tecnologias duras e leve-duras, afirmando que as Redes de Atenção Básica são “pouco informatizadas e sem informação suficiente para acompanhar o usuário; têm poucos instrumentos e modos de comunicação com outros profissionais e serviços; não dispõem de normas, fluxos e mecanismos que lhes permitam gerir e decidir o encaminhamento do usuário; têm insuficiência de instrumentos de acompanhamento do usuário quando ele é encaminhado para outro ponto de atenção, e muito menos de acompanhamento da coordenação do cuidado.” (PINTO; MAGALHÃES JR, 2014, p.195)

Com tal concepção, provavelmente, as suas apostas continuarão a não priorizar aspectos como EPS, entre outros que se concentram mais nas tecnologias leves e na micropolítica do trabalho vivo em ato, bem como no fato de que as redes de cuidado não são analógicas como se supõe. (MERHY, 2013) Diante de tal constatação, consideramos fundamental nos perguntar: como fazer com que a PNAB seja uma potencializadora da constituição de profissionais e gestores mais autônomos e de serviços que consigam realizar adequado cuidado? Como fazer para a gestão do cuidado ter mais centralidade nas políticas de AB, mesmo que sem ambição de exclusividade?

Mas, para além desses aspectos que levantamos, consideramos que um dos principais analisadores para refletir sobre os modos de se fazer política relacionados ao PMAQ-AB seria a maneira como se vê o papel dos usuários dos serviços, inclusive como criadores de redes de cuidado, em si.

Do lugar reservado aos usuários no PMAQ-AB

Em texto de Hêider Pinto escrito junto com Allan Nuno Alves de Sousa, coordenador de acompanhamento e avaliação do DAB, e com Alcindo Ferla, encontramos uma afirmação relevante sobre o papel dos usuários no PMAQ-AB. Segundo os autores, o programa visa a elevá-los “à condição de elemento legítimo na definição de que rumos dar aos serviços e práticas de saúde na AB. Com isso pretende-se ‘calibrar’ desde o trabalho das EAB até a política em função daquilo que os usuários esperam e demandam dos serviços.” (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014, p.109)

Todavia, a única inserção deles no PMAQ-AB é respondendo ao questionário que é aplicado a, no máximo, quatro usuários por equipe, no momento da avaliação externa. Embora seja um número reduzido por equipe, acaba sendo uma cifra expressiva quando pensamos no âmbito nacional. Entretanto, não consideramos que apenas opinar numa pesquisa de avaliação de satisfação seja insuficiente para afirmar que, no PMAQ-AB, o usuário tenha importante papel na definição dos rumos dos serviços.

Uma reflexão interessante se faz quando tomamos a avaliação de satisfação dos usuários à luz das apostas da reforma sanitária brasileira e do modo de concebê-los. O movimento que redefiniu os sentidos das políticas de saúde no país, iniciado no final da década de 1970, teve, na construção de outras formas de participação popular junto aos serviços de saúde, um de seus eixos mais dinâmicos em seus anos iniciais. Não por acaso, consagrou-se o controle social como uma das diretrizes do SUS. (CARVALHO, 1997)

Entretanto, o projeto neoliberal conseguiu embutir, em diversos atores, a noção de que os serviços de saúde, ao invés de lugares de construção de outras relações democráticas, deveria ser visto como local apenas de

atendimento das demandas assistenciais. E também um ambiente onde os usuários, em vez de modos distintos de se constituírem como cidadãos-atores sociais, deveriam ser tratados como consumidores, no foco de seus interesses exclusivamente privados. Essa perspectiva é fortalecida, também, por certos setores dos movimentos sindicais dos trabalhadores públicos e privados, que têm no acesso a planos de saúde coletivos subsidiados pelos empregadores uma das reivindicações mais fortes. (CAMPOS, 2006; MERHY, 2002)

Para esses setores, os serviços públicos devem ser vistos como locais que, tal como os serviços privados, têm de promover assistência à sua “clientela”. E como tal, devem ter como um dos eixos de análise a “satisfação” da mesma, de modo desconectado de outros elementos que implicariam uma efetiva centralidade da atenção nas necessidades dos usuários. Deslocado de outros elementos que intensificam a participação, a análise de satisfação dos usuários torna-se uma medida esvaziada de sentidos políticos positivos mais amplos e passa a ser meramente uma medida gerencial. (GUIZARDI et al., 2006)

Pois bem, nos dois ciclos do PMAQ-AB realizados até o momento, o papel do usuário se limita ao de informante para um extenso questionário em que se confirmam alguns dados também respondidos pelos trabalhadores. Como se fizesse uma checagem da “veracidade” da resposta dos profissionais e uma avaliação de sua satisfação quanto ao acesso a certas ofertas predefinidas pelos serviços da rede básica. Para ambas as funções, no entanto, essas questões não são sequer estatisticamente representativas da realidade de cada equipe, por serem apenas quatro usuários em cada unidade, que são escolhidos por conveniência entre os presentes, no momento em que o restante da avaliação é realizada. Mas nem é a inferência estatística

que nos chama a atenção, e sim a reprodução aqui do lugar do usuário de modo muito similar ao proposto no modelo neoliberal.

É possível, então, perguntarmos: avaliar a satisfação dos usuários é a maneira mais potente de se induzir a ampliação da democracia institucional nas unidades básicas de saúde? Podemos pensar em outras formas de inserção dos usuários no PMAQ-AB? Esse programa poderia ajudar a potencializar o controle social no SUS?

Essas questões, a nosso ver, são importantes para que se redefina o caráter político do PMAQ-AB. Seguem alguns exercícios que propomos para pensar as novas agendas possíveis.

Outras possibilidades mais democráticas de inserção dos usuários no PMAQ-AB

Diante desse contexto, consideramos que os recursos adicionais repassados aos municípios, em virtude do alcance de metas do PMAQ-AB, poderiam ter sua destinação determinada segundo deliberação em instâncias democráticas. Seria como se instituíssemos um “orçamento participativo” da atenção básica. Nessa possibilidade, seriam realizadas discussões em cada localidade para apreciar os resultados alcançados pelas equipes, seriam definidos os usos a serem dados ao recurso recebido e, ainda, seriam planejados os próximos passos para avançar na qualidade. Nessas instâncias de “orçamento participativo” da atenção básica, deveriam estar presentes trabalhadores, usuários, gestores e, onde estivessem atuando diretamente, membros das instituições de ensino. Ante algumas referências à impossibilidade de se executar propostas como essas, por se contraporem a qualquer normativa do uso do recurso

financeiro, nos remetemos a, pelo menos, dois exemplos de políticas públicas. Em primeiro lugar, nos vêm à mente os pontos de cultura, em que grupos autônomos de artistas recebem recursos do Ministério da Cultura para apoiar suas iniciativas. Também temos o Programa Bolsa Família, em que se repassam diretamente para as mães de família recursos mediante o cadastramento e entrega de cartão magnético. Porque essas iniciativas optaram por não repassar recursos do tesouro nacional para as respectivas Secretarias Municipais de Cultura e de Assistência Social? E porque, diante de outras possibilidades de se pensar o financiamento público, o Ministério da Saúde se limita às modalidades de fundo-a-fundo e de convênio?

Outra possibilidade de democratização seria ampliarmos os canais de vocalização da população. Quando pensamos nas várias esferas de governo, as ouvidorias do SUS, embora relevantes, têm tido pouca capacidade de socializar o que ocorre nos serviços. E apresentam a tendência a concentrar mais queixas do que avaliações. (LACERDA et al., 2006) Por outro lado, o instrumento de avaliação dos usuários do PMAQ-AB aplicados nas unidades, além do problema da representatividade já apontado, tem tantos indicadores e tão específicos que sua análise se torna de difícil compreensão por parte de não iniciados nos saberes epidemiológicos, que dirá da população como um todo.

Em face disso, pensamos na realização de um questionário mais simples, porém que estivesse disponível para autopreenchimento pelos usuários na internet, avaliando os serviços. Teria uma maneira direta de pontuação das unidades por parte de seus usuários, bem como algumas poucas respostas objetivas para serem preenchidas, além de um espaço para comentários livres. O consolidado das notas e respostas, além dos comentários, estaria acessível a todos os interessados. Tal formato tem

sido utilizado com sucesso em outros setores, como na área de turismo e viagens, com páginas como a do “Trip Advisor”. Propomos, então, algo como um “SUS Advisor”. Além de permitir que muito mais do que quatro usuários opinem sobre a qualidade dos serviços a que estão vinculados, isso poderia ser uma ferramenta não só para a avaliação do PMAQ-AB, mas para a própria equipe acompanhar e utilizar como elemento para autoanálise e gestão do seu processo de trabalho.

No que se refere à lógica de pactuação do PMAQ-AB, poderíamos ainda pensar em modos que considerassem não apenas as equipes como entes isolados, mas que tivessem um caráter agregado de outro nível. Além dos indicadores por equipe, poderiam ser incluídos outros que mensurassem o nível de “homogeneidade” da qualidade das equipes de um determinado município ou região de saúde. Sendo assim, ao invés do resultado isolado, os trabalhadores e gestores teriam de desenvolver lógicas de solidariedade entre os serviços para se alcançarem coletivamente melhores resultados. Dessa forma, seriam mais mal avaliados os lugares que tivessem grandes disparidades, como em casos de municípios ou regiões com algumas equipes excelentes e com a grande maioria em péssima situação. Isso mudaria não apenas a relação entre trabalhadores e gestores, mas também com os usuários, pois estes seriam não mais a fonte (imprecisa) para analisar as equipes individualmente, mas sua análise remeteria muito mais à situação geral da atenção básica e à estruturação das redes de saúde em determinada localidade. Embora não seja o elemento norteador para uma proposta como essas, vale salientar que até o problema de inferência estatística poderia ser mais bem solucionado assim, em várias situações, sem precisar ampliar a quantidade de usuários entrevistados, visto que teríamos uma outra lógica de amostragem para lidar com análises agregadas para o município ou região.

Para concluir essa leitura do PMAQ-AB a partir do lugar do usuário, sugerimos ainda a possibilidade de pensar que, além da avaliação da satisfação, e como algo muito mais relevante a nosso ver, seria fundamental que se realizassem avaliações capazes de compreender o modo como as pessoas são cuidadas em determinado local. Para tanto, mais do que questionários estruturados *a priori*, deveríamos agregar estudos mais qualitativos, que pudessem tomar como eixo de análise a produção das conexões cuidadoras por parte dos usuários no seu modo de andar a vida. Além desse mecanismo, achamos que também deve haver um processo conjunto de avaliação de certos “fracassos terapêuticos inadmissíveis” para poder pensar como operar facilitações e novas pactuações sobre a gestão e sobre a materialização do cuidado. Essa pesquisa das redes vivas de cuidado que não deram certo seria uma avaliadora nuclear nesse processo e interferiria nos modos alocativos de recursos. (GOMES; MERHY, 2014)

Nesse sentido, não só a atenção básica, mas as redes vivas que se criam em cada realidade entrariam no foco da análise, ultrapassando as lógicas normativas instituídas para se debruçarem sobre as relações reais que se desencadeiam entre serviços e usuários e entre estes e suas demais conexões com seu mundo. (MERHY et al., 2014) Seria impossível realizar análises para todas as equipes incluídas no PMAQ-AB, no país, entretanto, isso não seria necessário. Consideramos possível, contudo, pensar nessa avaliação sendo realizada tendo como unidade de agregação as pouco mais de 500 regiões de saúde definidas pelo governo federal pelo Decreto 7508. Além dos avaliadores das instituições de ensino e pesquisa, poderiam se integrar nesse processo os apoiadores descentralizados do Ministério da Saúde que atuam nos estados, além de equipes das secretarias estaduais, bem como os próprios trabalhadores das regiões a serem avaliadas.

Enfim, esta longa explanação em torno de tais propostas se fez para evidenciar que poderíamos ter modos completamente distintos (e a nosso ver mais produtores de democracia institucional) de se inserir os usuários em um programa tão estratégico como se tem apresentado o PMAQ-AB. Tais propostas, entre outras, porém, esbarram em certas concepções políticas do papel dos usuários, que acabam se travestindo de definições técnicas oriundas de certas práticas revestidas de cientificidade, mas que, lá no fundo, compreendem a saúde como questão privada de cada um ou como um bem coletivo, não de mercado.

Considerações finais

Como havíamos apontado no início, nossas questões se propõem mais a problematizar alguns aspectos dessa política do que a afirmar taxativamente certezas sobre ela. Sendo assim, as últimas questões que nos colocamos, de certa forma, são as que estão atravessando todas as demais.

Consideramos que o PMAQ-AB, embora não se coloque explicitamente isso em seus documentos e nos textos elaborados por seus formuladores, está imbricado em todo um conjunto de concepções sobre: o que seria o Estado; como se conduziriam políticas a partir do governo federal; como se produziria o governo dos vários atores envolvidos nas políticas públicas; e, com isso, como se governaria no campo público.

Sendo assim, as perguntas de base que colocamos ao PMAQ-AB e à nova PNAB são: que tipo de governamentalidade está plasmada em suas propostas? Como pensam o governo dos outros? Quais subjetivações operam nos diversos atores?

As respostas a essas questões estão abertas e em disputa. Elas se darão, todavia, na construção coletiva das lutas no campo da saúde, falando de processos de democratização da sociedade brasileira na direção de alimentar-se na diferença e não na desigualdade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.654**, de 19 de julho de 2011, que institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. 2011.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

CARVALHO, A.I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, S. (org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 63-91.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**: Rev. de Saúde Coletiva (RJ), v.14, n.1, p.4-65, 2004.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. Aula inaugural no Collège de France pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 11. ed. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Loyola, 2004.

_____. **Segurança, território, população**: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GOMES, M.P.C.; MERHY, E.E. (org.) **Pesquisadores IN-MUNDO**: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

GUIZARDI, F.L. et al. Participação, democracia institucional e competência: algumas questões sobre os modos de produção de gestão no SUS. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A. MATTOS, R. A. (org.). **Gestão em redes**: tecendo os fios da integralidade. Rio de Janeiro: EdUCS: IMS /UERJ: CEPESQ, 2006, p.09-23.

LACERDA, A. et al. As redes participativas da sociedade civil no enfrentamento dos problemas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p.445-458.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993, 2v. (série IPEA).

MERHY, E.E. **A saúde pública como política** - São Paulo, 1920-1948: os movimentos sanitários, os modelos tecno-assistenciais e a formação das políticas governamentais. São Paulo: Hucitec, 1992 (Saúde em Debate, 50).

_____. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002 (Saúde em Debate, 145).

_____. **Conferência sobre redes aranha e pescador**. Uma conversa sobre a produção das existências. Realizada em 29 de junho de 2013, durante o I Seminário de Formação e Cuidado em Rede, ocorrido na Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Hy-1A-0lx1w>>. Acesso em: 17/12/2013.

MERHY, E.E. et al. **Redes vivas**: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde, 2014 (Mimeo).

OLIVEIRA, J.A.S. **Telessaúde e os médicos da atenção básica**: uma análise à luz da micropolítica do trabalho e da produção do cuidado em saúde. Dissertação (mestrado). Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2013.

PINTO, H.A. **Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade**. Dissertação (mestrado). Porto Alegre: UFRGS / Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

PINTO, H.A; MAGALHÃES, J.R.H.M. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? In: PINTO, H. A. **Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade**. Dissertação (mestrado). Porto Alegre: UFRGS/ Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

PINTO, H.A; MAGALHÃES J.R.H.M; KOERNER, R.S. Evolução do financiamento federal da atenção básica a partir da implantação da Estratégia de Saúde da Família - 1998 a 2014. In: PINTO, H. A. **Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade**. Dissertação (mestrado). Porto Alegre: UFRGS/Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.N.; FERLA, A.A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. In: PINTO, H. A. **Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade.** Dissertação (mestrado). Porto Alegre: UFRGS/Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

PINTO, H.A et al. Atenção básica e educação permanente em saúde: cenário apontado pelo PMAQ. In: PINTO, H. A. **Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade.** Dissertação (mestrado). Porto Alegre: UFRGS/Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação** - o caso da saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1995.

PMAQ-AB E OS PACTOS DO SUS: função dispositivo ou repetição?

*Thais Chiapinotto dos Santos
Jeanice da Cunha Ozorio
Aline Vargas Ferreira
Daniela Tozzi Ribeiro
Deisy Tolentino do Nascimento
Fernanda Monte da Cunha
Angelo Pagot Zortea
Caren Serra Bavaresco
Mirceli Goulart Barbosa
Alcindo Antônio Ferla*

A construção de metas e indicadores de acompanhamento para o desenvolvimento da atenção básica

Saúde como um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL. ASSEMBLEIA NACIONAL CONSTITUINTE, 1988): assim a Constituição Federal de 1988 a define. As políticas públicas são respostas do poder público para problemáticas sociais e podem ser conduzidas por algumas diretrizes que, em princípio, visam à garantia dos direitos sociais. No entanto, durante a sua implementação, devido a múltiplos fatores, suas ações podem acabar por serem

contrárias às diretrizes iniciais e reforçarem, por exemplo, as desigualdades socioculturais, o que se reflete diretamente na garantia dos direitos sociais. (SAMPAIO; ARAÚJO JR, 2006)

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) passa por um momento de reestruturação, apostando no fortalecimento, através do modelo de organização da Estratégia de Saúde da Família (ESF). No Brasil, a atenção básica (AB) é desenvolvida com o mais alto nível de descentralização, estando mais próxima da vida da população e sendo a porta de entrada principal do sistema de saúde, o contato prioritário dos usuários e o centro de comunicação da RAS. (BRASIL, 2011a) Essa definição legal também constitui um eixo de inovação no sistema de saúde brasileiro, uma vez que desloca o centro do cuidado para o território onde vivem as pessoas, quebrando uma tradição assistencial de fixar o cuidado nos serviços de maior densidade tecnológica. Deslocamento que envolve o cuidado na ordem da complexidade do andar da vida e desafia o conhecimento e a técnica. Requer, portanto, uma capacidade ampliada de avaliar e monitorar os serviços e de desenvolver o trabalho no seu interior.

No nosso país, a AB vem desenvolvendo espaços para a inclusão de uma cultura de avaliação no SUS, conforme aponta a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A referida política tem como um dos principais embasamentos a avaliação e o acompanhamento contínuo de resultados atingidos, como uma etapa do processo de planejamento e organização das ações. Dessa forma, adiante da ampliação e solidificação de medidas de (re)organização, o desenvolvimento de ações de monitoramento e avaliação dos serviços de saúde são de incumbência das três esferas do governo. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

Um dos grandes desafios atuais para verificar a efetividade das ações da política de saúde é a construção

e implementação de uma proposta de monitoramento e avaliação. O governo tem apostado na construção de indicadores que possam retratar e quantificar o estado atual do SUS, além de projetar o futuro do sistema, enfocando especialmente o acesso e a qualidade. (BRASIL, 2011b)

A Portaria GM/MS 3.925, de 1998, que aprovou o Manual para Organização da AB e definiu indicadores de acompanhamento da AB para o ano de 1999, constituiu-se como um importante marco dos processos de avaliação e monitoramento na esfera do SUS. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998) Já em abril de 1999 foi publicada a Portaria 476 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999), que regulamentou o processo de acompanhamento e avaliação da AB no Brasil. Foi nesse cenário que se desenvolveu o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, um dispositivo para o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas na AB. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)

O pacto foi um dispositivo formal de negociação entre gestores das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), utilizando como objeto de negociação metas a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde previamente acordados. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)

Nesse contexto de avaliação da AB, através de metas e indicadores, no ano de 2011, o governo federal instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o intuito de promover a melhoria da qualidade da atenção à saúde, ampliar o acesso da população aos serviços e incentivar uma maior transparência e efetividade nas ações governamentais direcionadas à AB. (BRASIL, 2011c)

Devido ao recente investimento do governo brasileiro no desenvolvimento de ações voltadas à avaliação de serviços de saúde, bem como à expansão da cultura

avaliativa, o objetivo deste capítulo foi estabelecer uma comparação entre duas estratégias de avaliação da atenção básica: o Pacto de Indicadores da Atenção Básica e o PMAQ-AB, refletindo sobre as suas possíveis inovações e mudanças.

Indicadores e avaliação em saúde—um desafio atual

No Brasil, o termo atenção básica refere-se ao primeiro nível de atenção à saúde, compreendendo a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. A AB é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2011a)

A AB tem como fundamentos e diretrizes os seguintes pontos: possuir um território adstrito; garantir o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde com qualidade e resolutividade de forma a acolher os usuários, promover o vínculo e a corresponsabilização pelas suas necessidades de saúde; adscrever os usuários e garantir a longitudinalidade do cuidado; coordenar a integralidade em seus vários aspectos; estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado da sua saúde e das pessoas e coletividades do território. (BRASIL, 2011a)

A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB e também reconhece outras modelagens de equipe (além da ESF) voltadas para diferentes realidades e populações do Brasil, como, por exemplo: a inclusão de Equipes de Atenção Básica (EAB) para a população de rua; o aumento do número de

municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); o incentivo para a criação de Unidades Básicas de Saúde Fluviais e ESFs para as populações ribeirinhas. Além disso, amplia as ações intersetoriais e de promoção da saúde, através da articulação com o Programa Saúde na Escola (PSE), Pólos da Academia da Saúde, Programa Melhor em Casa e Telessaúde. (BRASIL, 2011a) A atuação na AB foi desenvolvendo, nos últimos anos, um conjunto de recursos tecnológicos que, por um lado, potencializa esse âmbito do sistema e, por outro, requer uma extraordinária capacidade de gestão para superar a fragmentação e a sobreposição de iniciativas. Cresceu o desafio assistencial, com o cuidado imerso num grau de complexidade estranho aos serviços especializados e à formação, e foi acoplado novo padrão de expectativas à gestão do trabalho e dos recursos.

Dados os desafios que surgiram com a ampliação da ESF, no ano de 2000, o Ministério da Saúde (MS) criou a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB). Desde a sua criação, a missão da CAA passou por algumas reformulações e, a partir de 2003, ficou definida como sendo: monitorar e avaliar a AB e consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS. A institucionalização da avaliação no âmbito da AB visa a estimular a mudança nas práticas de pessoas e organizações de saúde, com o objetivo de qualificar os processos de gestão, do cuidado e das ações de vigilância em saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005) Vê-se que “monitoramento” e “avaliação” constituem-se, também, no escopo da política vigente, em dispositivos para o desenvolvimento do trabalho na atenção básica.

Conforme Contandriopoulos (2002), quando conseguimos realizar uma avaliação, conseqüentemente estamos exercendo um julgamento de valor a uma intervenção. Estamos utilizando instrumentos capazes

de gerar dados cientificamente válidos e socialmente fidedignos com os quais cada ator pode se posicionar e desenvolver um julgamento que poderá ser transformado em ação. Avaliar mobiliza interesses, lógicas e também o próprio trabalho que ocupa os serviços.

Nos dias atuais, percebe-se a avaliação como um componente da gestão em saúde, na qual ocorre o desenvolvimento de um processo crítico e que precisa de reflexões, prosseguimento e sistematização. Esta contribui na identificação dos problemas, reorientando ações e serviços e, além disso, examina o impacto das ações realizadas sobre a saúde da população. Ao sistematizar informações e juízos de valor sobre o trabalho, desloca a rotina das práticas para novos patamares de conhecimento e densidade.

O Ministério da Saúde ressalta que, para a formulação da política de monitoramento e avaliação da AB, é importante o envolvimento dos diversos atores (profissionais de saúde, usuários, gestores, técnicos e pesquisadores), com definição clara das responsabilidades de cada um e formas de financiamento dos processos de avaliação. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

A escolha de indicadores também faz parte do desenvolvimento de uma avaliação. Estes representam variáveis definidas para medir um conceito abstrato, relacionado a diversas áreas do cotidiano, com o objetivo de orientar decisões e o planejamento de ações, bem como o investimento de recursos financeiros. (SESI, 2010)

A escolha dos indicadores a ser utilizados para mensurar aspectos relacionados à saúde deve estar pautada nas seguintes características: confiabilidade da informação, comunicabilidade, disponibilidade, especificidade e sensibilidade. Esses critérios devem ser pontuados e agregados às informações a serem coletadas, levando em

consideração o objetivo da criação, a validação e a avaliação do dado obtido pelo indicador. (ANTICO; JANUZZI, 2008)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, os indicadores em saúde podem ser divididos em três grupos:

1. Referentes à saúde ou a sua falta em um grupo populacional;

2. Referentes às condições do meio e que têm influência sobre a saúde;

3. Referentes aos recursos materiais e humanos relacionados às atividades de saúde. (LAURENTI et al., 1987)

Levando em conta os aspectos citados acima, é de suma relevância a consideração da análise de indicadores de saúde para a avaliação dos serviços de saúde e sua relação com o modelo de atenção vigente e complexidade de atenção. Essa apreciação ocorre classicamente, através da tríade de Donabedian (1980), cujo modelo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde é utilizado a partir de indicadores representativos de três aspectos principais. São eles: (DONABEDIAN, 1980; 1993)

a) Estrutura: abrange a avaliação das características da área física, recursos humanos, materiais e financeiros, incluindo a capacitação dos profissionais e a organização dos serviços. (PERTENCE; MELLEIRO, 2010; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006)

b) Processo: tem foco nas atividades prestadas na assistência, na abordagem do problema de saúde e nos aspectos éticos da relação entre profissionais e pacientes, desde a busca aos serviços de saúde até o diagnóstico e o tratamento. (PERTENCE; MELLEIRO, 2010; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006)

c) Resultado: avaliação indireta da qualidade, podendo operar alterações nos outros componentes, bem como

mudanças objetivas no sistema de saúde. (DONABEDIAN, 1988; 1992)

Donabedian (1992) considera que a análise isolada da estrutura, do processo ou do resultado gera insuficiência de dados que forneçam subsídios robustos para a avaliação de serviços de saúde. Além disso, ressalta que a avaliação dos serviços comporta sempre duas dimensões:

1) desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia a fim de maximizar os benefícios e minimizar os riscos de forma individualizada;

2) relacionamento pessoal com o paciente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes.

Nesse contexto, parece-nos evidente que propostas de instrumentos ou programas de avaliação de serviços de saúde devam contemplar os aspectos mencionados acima, para que mais e melhores planejamentos sejam realizados por parte da gestão. O objetivo é desacomodar os trabalhadores e gestores para que possam (re)pensar os processos de trabalho, ressignificando o presente e ambicionando um futuro melhor. É necessário que todos os trabalhadores do SUS sejam protagonistas nesse processo de mudança de cultura, buscando a valorização dos processos avaliativos e compreendendo-o também como um processo pedagógico. E no qual surge maior participação por parte dos envolvidos, novos aprendizados e a possibilidade de maior integração e articulação na atenção à saúde. A avaliação somente se realiza, considerando essas referências, como mobilização sistemática para superar problemas no cotidiano, sendo, portanto, dispositivo potencial para a educação permanente. Para isso, as iniciativas de monitoramento e avaliação devem ser objeto de análise. Esse é o objetivo do item a seguir.

Estratégias de avaliação da atenção básica

Pacto de indicadores da atenção básica

O Pacto de Indicadores da AB, em síntese, constitui-se em um instrumento que pretendia apontar e direcionar empenhos em relação às metas a serem alcançadas pelas três esferas do governo, através de um processo de pactuação. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) O mesmo também pode servir como instrumento de gestão para auxiliar no planejamento e controle das ações de saúde, a fim de melhorar a qualidade da atenção básica prestada. (BASTOS, 2009)

Logo na sua criação, a coordenação do processo de pactuação ficou sob a responsabilidade do Centro Nacional de Epidemiologia, passando, no ano de 2000, para o Departamento da Atenção Básica. (MEDINA, 2002)

Com essa transição, houve uma ampliação dos indicadores (que se limitavam aos de base epidemiológica), para a inclusão de indicadores operacionais. Dessa maneira, tais indicadores, além de avaliar a situação de saúde da população, também serviriam de subsídio para a qualificação da gestão. (CAMPOS; ROMANATTO, s.d)

Estabelecido após a implantação do Piso da Atenção Básica, o Pacto de Indicadores da Atenção Básica parece ter tido relação com a necessidade do MS de verificar como o subsídio financeiro per capita destinado aos municípios estava realmente resultando em maior qualidade de ações oferecidas pelos serviços de saúde da AB. Assim como também mensurar o impacto na saúde da população. (MEDINA, 2002)

Desde a divulgação da primeira Portaria Ministerial, em 1999, anualmente, novas recomendações sobre as

normas técnicas para o cálculo e alcance dos indicadores foram estabelecidas, bem como formalizados prazos e fluxos do processo de pactuação no Brasil. Esse processo ocorreu até o ano de 2006, quando houve a finalização da pactuação em âmbito nacional. E, a partir de 2007, os indicadores referentes à AB foram incorporados ao Pacto pela Saúde no componente do Pacto pela Vida. (BASTOS, 2009)

Os indicadores estabelecidos pelo pacto eram relacionados às seguintes áreas programáticas e estratégicas: saúde da criança, saúde da mulher, controle da hipertensão e da diabetes, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, saúde bucal e indicadores de ações gerais. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Tais indicadores foram classificados em dois tipos:

1. Principais: de pactuação obrigatória, pois representavam um elenco mínimo de prioridades que deviam ser garantidas e alcançadas pelos municípios, independentemente da condição de gestão.

2. Complementares: de pactuação opcional, porém não menos relevantes do que os principais, e escolhidos levando-se em conta as especificidades locorregionais. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

O processo de pactuação foi implementado de diferentes formas, em âmbito nacional, dada a diversidade de contextos estruturais, organizacionais e políticos de cada estado e município. De forma geral, esse processo foi organizado em quatro componentes:

1) Articulação e mobilização: referia-se à primeira etapa do processo de pactuação dos indicadores. Após a divulgação das portarias, o MS informava às Secretarias Estaduais de Saúde quando a nova pactuação teria início,

sendo que elas ficariam responsáveis por propagar a informação para os gestores municipais. (BASTOS, 2009)

2) Produção da informação: este componente tornava acessível aos municípios e estados informações sobre os indicadores pactuados anteriormente, dando prosseguimento ao estudo dos resultados e contribuindo na determinação de novas metas. (BASTOS, 2009)

3) Homologação: estava presente na última fase da pactuação, porque era através dela que os gestores, tanto municipais quanto estaduais, de fato tinham seus pactos consolidados. Dessa maneira, homologar significa que, hierarquicamente, categorias superiores expressam seu consentimento com os resultados obtidos, bem como com as recentes metas sugeridas para os indicadores do pacto. (BASTOS, 2009)

4) Monitoramento e avaliação, composto por dois momentos relevantes: o primeiro, de acompanhamento do desenvolvimento da pactuação dos indicadores, procurava assegurar que municípios e estados estivessem com seus pactos firmados dentro do prazo determinado em portaria. Em um momento posterior, a atenção voltava-se aos municípios e estados no que diz respeito às metas pactuadas, tornando possível decidir o redirecionamento de ações e atividades e tendo em vista o alcance de metas e resultados melhores. A avaliação teria a responsabilidade de realizar uma análise sobre a importância da pactuação, tendo como base os dados obtidos através do monitoramento e das evidências. (BASTOS, 2009)

Desse modo, tendo em vista cada indicador, foram determinados padrões de julgamento: bom - indicador contemplado integralmente; regular - indicador contemplado parcialmente; insuficiente - indicador contemplado de forma incipiente; crítico - indicador que não teve nenhum requisito contemplado. (BASTOS, 2009)

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica surge no ano de 2011, criado pela Portaria 1654 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011d) e atualizado pela Portaria 535, de 3 de abril de 2013. (BRASIL, 2013) O objetivo principal da implementação do programa é “induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde.” (BRASIL, 2011d)

Segundo preconiza o Ministério da Saúde, no contexto do conjunto de programas e ações que compõem a nova PNAB, denominado “Saúde Mais Perto de Você”, o PMAQ-AB é a principal estratégia indutora de mudanças nas condições e formas de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde. (BRASIL, 2011a) A aposta é na produção de uma cultura de análise, avaliação e intervenção que possa produzir uma habilidade institucional nas equipes e nos sistemas locais para gerar mudanças nas práticas dos serviços, de acordo com as características esperadas para a AB e com as potencialidades locorregionais. (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014)

Quatro fases que se complementam e conformam um ciclo fazem parte da organização do PMAQ-AB: 1) adesão e contratualização; 2) desenvolvimento; 3) avaliação externa; 4) recontratualização.

A adesão, primeira fase do PMAQ-AB, consiste na indicação do número de EAB que irá participar do programa. Compete ao gestor indicar o quantitativo dessas equipes através do Portal do Gestor. Na contratualização,

são firmados alguns compromissos e indicadores entre as EABs e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde. Após a homologação da contratualização, o gestor deverá informá-la ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), à Comissão Intergestores Regional (CIR) e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

Dentre os compromissos contratualizados pelas EABs e pelas gestões municipais, encontra-se um conjunto de indicadores. A escolha destes ficou limitada àqueles que possam ser monitorados e avaliados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

A segunda fase do programa consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas EABs, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com a intenção de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da AB. Essa fase está organizada em quatro dimensões: 1) autoavaliação; 2) monitoramento; 3) educação permanente; e 4) apoio institucional. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

Para o monitoramento foram selecionados 47 indicadores. Estes foram monitorados a partir da contratualização, sendo divididos em sete áreas estratégicas: saúde da mulher; saúde da criança; controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica; saúde bucal; produção geral; tuberculose e hanseníase; e saúde mental. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

A avaliação externa é a terceira fase do PMAQ-AB, na qual é realizado um conjunto de ações para averiguar as condições de acesso e de qualidade de todos os municípios e EABs participantes do programa. Esse processo é conduzido

por instituições de ensino e/ou pesquisa contratadas pelo MS para desenvolver os trabalhos de campo, através da aplicação de diversos instrumentos avaliativos. Dessa forma, um grupo de avaliadores previamente selecionados e capacitados realiza a aplicação de questionários que estão organizados em três módulos, da seguinte forma:

Módulo I - Observação da estrutura da unidade, bem como dos equipamentos, materiais, insumos e medicamentos disponíveis;

Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos;

Módulo III - Entrevista com quatro usuários da Unidade Básica de Saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

Além dos três módulos citados acima, existe ainda o Módulo Eletrônico, que deve ser respondido pelo gestor no Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB), no *site* do PMAQ-AB. Essas informações são complementares ao instrumento de avaliação externa do programa.

A quarta fase do PMAQ-AB compõe o processo de recontratualização e deve ocorrer após a certificação das equipes. Após a avaliação do desempenho de cada equipe, é realizada uma nova contratualização de indicadores e compromissos, completando o ciclo de qualidade previsto pelo programa. O desempenho das equipes pode ser comparado não somente com as outras equipes, mas também com a sua própria evolução, assegurando que o empenho dos gestores e trabalhadores possa ser considerado no processo de certificação. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

Similaridades e avanços entre as estratégias de avaliação

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica, a reorientação do modelo de atenção à saúde no país tem como pressupostos a utilização da epidemiologia e as informações sobre o território para subsidiar o planejamento das ações em saúde. Além de acompanhar o impacto das ações de saúde por meio de indicadores adequados (implicando a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos) e a incorporação de práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença, centrando sua atuação na vigilância à saúde. (BRASIL, 2011a)

A informação é importante na tomada de decisões, orientação das ações na atenção, promoção à saúde, aperfeiçoamento da prevenção de agravos e organização dos serviços oferecidos. (RADELLI, 1990; BARROS; CHAVES, 2003; TAKEDA, 2004) Segundo Branco (1996), a qualidade da informação em saúde é consequência da qualidade com que se realizam todas as etapas do processo, desde a coleta.

O pacto tornou-se um marco no processo de incentivo e valorização da AB, uma vez que inovou ao estabelecer uma avaliação através de metas e indicadores. Todavia, o salto de qualidade obtido com a implementação do PMAQ-AB pode ser observado claramente.

Sendo assim, o primeiro ponto a ser destacado está relacionado à obtenção e à fidedignidade dos dados em saúde através da padronização da coleta relativa à avaliação externa do PMAQ-AB, quando comparado aos dados obtidos através do Pacto de Indicadores da Atenção Básica. Tendo em vista a presença do avaliador externo, capacitado e qualificado para obtenção das informações de saúde das equipes e territórios.

Outro ponto considerado como avanço da estratégia de avaliação de serviços no país, obtido com a implementação do PMAQ-AB, foi a expansão do número de indicadores avaliados e sua relação com os contrastes territoriais relativos à infraestrutura dos serviços e às diferenças no nível de qualificação profissional. Experiências de outros países têm demonstrado que investimentos na Atenção Primária à Saúde, através da melhoria de recursos físicos e da capacitação dos recursos humanos, proporcionam melhora significativa nos indicadores de saúde da população. (CASTRO FILHO; HARZHEIM, 2006)

Em comparação com o processo de avaliação do Pacto de Indicadores, instrumento formal de negociação apenas da gestão, o PMAQ-AB avançou ao levar em consideração a opinião dos usuários na avaliação e incluir também a autoavaliação da equipe, para além do olhar apenas do gestor. Considerando a questão de que quem utiliza os serviços também deve ter voz no processo de avaliação, Lopes (2012) salienta que essa ainda é uma meta a ser alcançada, mas jamais excludente para outras visões de avaliação dos atores que também fazem parte do processo. Um dos instrumentos de avaliação do PMAQ-AB é o Módulo III, no qual são entrevistados quatro usuários por EABs participantes do programa. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) Dessa forma, a visão de gestores e trabalhadores se soma à da comunidade, para que diferentes pontos de vista se complementem e para que o planejamento seja criado a partir da composição dessas opiniões.

Dentre as características similares entre o Pacto de Indicadores e o PMAQ-AB, podemos destacar a valorização por desempenho. Ambos realizaram o monitoramento através dos indicadores contratualizados, e a partir dos resultados emitiram um julgamento por meio de categorias— bom, regular, insuficiente e crítico - no Pacto de Indicadores.

Já no PMAQ-AB, as categorias eram: insatisfatória, regular, boa e ótima. A diferença é que, no PMAQ-AB, a avaliação era baseada não somente nos indicadores, mas também na avaliação externa e na autoavaliação das equipes.

Considerações finais

Através da revisão do histórico de duas estratégias de avaliação no âmbito da Atenção Básica, buscamos pontuar as principais características do Pacto de Indicadores da Atenção Básica e do PMAQ-AB, ressaltando os seus avanços, dificuldades e similaridades.

Considerando-se que o Pacto de Indicadores da Atenção Básica foi um dispositivo inovador de avaliação da AB, o PMAQ-AB já surgiu em um contexto favorável, qualificando o processo e inserindo novas características importantes para a avaliação. Podemos salientar os seguintes avanços que emergiram com relação à avaliação realizada pelo PMAQ-AB: o papel central do avaliador externo; o aumento do número de indicadores que poderiam ser contratualizados e monitorados; a inclusão da avaliação da satisfação do usuário; a autoavaliação das equipes de saúde; a produção de dados sobre dimensões da organização da AB indisponíveis nos demais sistemas de registro.

Dentre as características do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, destaca-se a dificuldade de envolvimento das equipes locais (coordenações municipais, equipes de saúde) na definição das metas, o que dificultou o acompanhamento das mesmas. No PMAQ-AB, buscou-se que, desde a adesão e contratualização, tanto os gestores como as EABs se responsabilizassem por uma série de ações para qualificar o processo de trabalho. Na prática,

por se tratar de um programa novo e ainda desconhecido, ocorreram muitas falhas no processo de comunicação, o que acabou resultando em uma participação restrita dos envolvidos em alguns municípios. Entretanto, o reconhecimento das etapas prévias ao contato do avaliador externo, envolvendo as equipes e a gestão, dá, ao menos na perspectiva formal, o reconhecimento de que a avaliação não deverá resumir-se ao “juízo de valor” a partir de indicadores, mas mobilizar a aprendizagem, constituir-se em dispositivos de educação permanente e produzir mudanças e desenvolvimento do trabalho no cotidiano.

Outra questão a ser apontada é o fato de existirem diferentes formas de valorização das equipes segundo o desempenho apresentado. Após a classificação de cada uma, no processo de certificação, se o seu desempenho for considerado “insatisfatório”, o gestor do município não receberá o valor do incentivo, e o gestor local e a equipe terão de firmar um termo de ajuste. Quando a equipe for considerada “regular”, o gestor continuará recebendo os 20% do Componente de Qualidade do PAB Variável. Se a equipe for considerada “boa”, o repasse se modificará, passando a ser 60% do Componente de Qualidade do PAB Variável. E, finalmente, quando for considerada “ótima”, o valor passará a ser 100%. (BRASIL, 2011d) Os padrões foram estabelecidos a partir do comportamento dos indicadores de equipes localizadas em territórios definidos, a partir de análises que consideram o porte e os principais indicadores de desempenho sanitário e socioeconômico dos municípios, em seis faixas mais ou menos homogêneas. Ou seja, os padrões e pontos de corte no processo de certificação são móveis, dependem do desempenho geral das equipes submetidas a condições similares e respondem às prioridades estabelecidas pelas políticas do SUS.

Para além da certificação, a avaliação externa do PMAQ-AB produz outros indicadores que permitem aproximações avaliativas mais amplas sobre a AB e podem subsidiar processos de educação permanente. Também é relevante considerar que o PMAQ-AB produziu aproximações com instituições de ensino e pesquisa que podem, de um lado, apoiar o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde e, de outro, qualificar a formação dos profissionais.

Tendo em vista o investimento crescente no modelo de Atenção Básica bem como na avaliação de serviços, é imprescindível evidenciarmos a necessidade de maiores avanços na construção de políticas que visem à garantia do desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde, da comunicação efetiva e qualificada com a população e do esforço dos três níveis de governo para que essas políticas sejam efetivadas.

Sendo assim, o PMAQ-AB mostra-se como um dispositivo que busca ampliar o conhecimento sobre a atenção básica, uma vez que procura incentivar mudanças e transformações no cotidiano dos trabalhadores, usuários e serviços de saúde, demonstrando a necessidade de envolver diferentes componentes, ampliando o foco que anteriormente mostrava-se somente nas metas estabelecidas. É necessário que seja objeto de análise para monitorar sua capacidade de induzir mudanças nas práticas de atenção básica no cotidiano dos sistemas locais.

O que se mostra evidente, até agora, é sua capacidade de tornar visível a avaliação e o monitoramento no cotidiano do trabalho, de forma multidimensional. Produzir híbridos entre academia e serviço, por certo, submete a avaliação a outras lógicas que não sejam apenas o juízo sobre as práticas no interior dos serviços. O desencadeamento de ações de educação permanente em saúde e as redes de conversação que já se organizam no interior dos serviços

e sistemas locais, como também nas instituições de ensino e pesquisa, têm forte potencial para o desenvolvimento do trabalho na atenção básica, reconhecendo a complexidade que é própria no território local.

Concluindo, é possível afirmar também que a avaliação, em particular os processos em torno do PMAQ-AB, vem contribuindo para uma atualização conceitual e programática da atenção básica e para um deslocamento do seu lugar simbólico no sistema de saúde brasileiro. Para isso, também serve a avaliação que se pretende dispositivo.

Referências

ANTICO, C.; JANUZZI, P. **Indicadores e a gestão de políticas públicas**. Fundaj, 2008.

BARROS, S.G.; CHAVES, S.C.L. A utilização do sistema de informações ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2003, v.12, n.1, p.41-51.

BASTOS, M.M.A. **Avaliação da implementação do pacto de indicadores da atenção básica em Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: s.l., 2009, 162 f., il.

BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1996, v.12, n.2, p.267-270.

BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília/DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM\MS 3.925**, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

_____. **Portaria 476**, de 14 de abril de 1999. Regulamenta o processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica quanto aos resultados alcançados e quanto à oferta de serviços financiados pelo Piso de Atenção Básica –PAB. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 2003, v.3, n.2, p.221-224.

_____. Indicadores da Atenção Básica no Pacto pela Saúde e os novos fluxos da pactuação. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, ano VIII, n. 13, 2007.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília/DF: CONASS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 493/GM**, de 10 de março de 2006. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1654**, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável– PAB variável, 2011d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 535**, de 3 de abril de 2013. Altera a Portaria 1654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e a Portaria 866/GM/MS, de 3 de maio de 2012, que altera o prazo para solicitação da

avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

CAMPOS, R. S.; ROMANATTO, E. **Classificação dos municípios goianos conforme variáveis do “Pacto de Indicadores da Atenção Básica – 2006” como subsídio à gestão pública em saúde.** Instituto Mauro Borges, s/d. Disponível em: <<http://www.seplan.go.gov.br/sepin/conj.asp?opcao=N&tema=&op=N>>. Acesso em: 20/01/2015.

CASTRO FILHO, E.D.; HARZHEIM, E. A Telemática em apoio à atenção primária à saúde no Rio Grande do Sul. In: SANTOS, A.F.; SOUZA, C.; ALVES, H.J.; SANTOS, S.F. **Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente.** 1ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006, p.283-289.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programa.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p.29-45.

D’INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** [online], 2006, v.59, n.1, p.84-88. ISSN 0034-7167. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000100016>.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación.** Mexico: La Prensa Médica Mexicana, 1980.

_____. The quality of medical care: how can it be assessed? **JAMA.** 1988; v.260, n.12, p.1743-1748.

_____. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **QRB Qual Rev Bul.** 1992; v.18, n.11, p.356-360.

DONABEDIAN, A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la atención. Salud Pública de México, **Morelos**, 1993, v.35, n.1, p.94-97.

LAURENTI, R. et al. **Estatísticas de saúde**. São Paulo: E.P.U/ Edusp, 1987.

LOPES, G. B. de C. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário. **Physis** [online], 2012, v.22, n.3, p.1237-1242. ISSN 0103-7331.

MEDINA, M. G. **Análise do Pacto de Indicadores da Atenção Básica - 2001**. Biblioteca Virtual em Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/analise_pacto.PDF>. Acesso em: 20/12/2014.

PERTENCE, P. P.; MELLEIRO, M. M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online], 2010, vol.44, n.4, p. 1024-1031. ISSN 0080-6234. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400024>.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A. de; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, vol. 38, 2014.

RADAELLI, S. M. et al. Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, 1990, v. 24, n. 3.

SAMPAIO, J.; ARAÚJO JR. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 2006, 6 (3): 335-346.

SESI: Serviço Social da Indústria. Departamento Regional do Estado do Paraná. Observatório Regional Base de Indicadores de Sustentabilidade. **Construção e Análise de Indicadores.** Serviço Social da Indústria. Departamento Regional do Estado do Paraná. Observatório Regional Base de Indicadores de Sustentabilidade - Curitiba: [s.n.], 2010. : il., 21 cm.

TAKEDA, S. A organização de serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B.B; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** Porto Alegre: Artmed, 2004, p.76-87.

FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL: do piso da atenção básica à remuneração por desempenho

*Mirceli Goulart Barbosa
Angelo Pagot Zortea
Fernanda Monte da Cunha
Thais Chiapinotto dos Santos
Daniela Tozzi Ribeiro
Deisy Tolentino do Nascimento
Jeanice da Cunha Ozorio
Aline Vargas Ferreira
Alcindo Antônio Ferla*

Introdução

A Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecendo, através de seu artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Estabelece, ainda, que as ações e os serviços de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada de acordo com as diretrizes de descentralização, integralidade e participação social,

sendo para isso financiada com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados e dos municípios, além de outras fontes. (BRASIL. ASSEMBLÉIA NACIONAL CONSTITUÍTE, 1988)

Neste capítulo, buscamos sistematizar as principais disposições normativas e sua real ou potencial influência na organização da atenção básica, seja no financiamento ou na indução de mudanças organizacionais.

Os preceitos das legislações que regulamentam o SUS, principalmente a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, além de outros critérios, dispõem sobre a transferência intragovernamental de recursos financeiros para a saúde. Nestes, fica estabelecido que, em relação ao financiamento do SUS, o orçamento da seguridade social destinará os recursos necessários à realização de seus propósitos com a participação da Previdência Social e da Assistência Social a partir das metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias. (BRASIL, 1990a) Além de determinar que os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão designados como despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde (MS); em investimentos previstos em lei orçamentária e no Plano Quinquenal do MS; e na cobertura das ações e dos serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal. (BRASIL, 1990b) Essas disposições não têm sido suficientes para garantir os recursos necessários ao regular o funcionamento do SUS e para a necessária expansão da cobertura e satisfação das demandas.

A institucionalização do SUS é um processo no qual a diretriz de descentralização das ações e dos serviços vem permeando as discussões relacionadas ao financiamento da política de saúde. Dessa forma, com o objetivo de disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e dos

serviços de saúde, editam-se, no período de 1991 a 1996, as Normas Operacionais Básicas (NOBs). Neste capítulo, cabe destacar as mais relevantes para o financiamento da saúde, a NOB 01/93 e a NOB 01/96, sendo esta última de suma importância para o financiamento da atenção básica (AB).

Editada pela Portaria GM/MS 545, de 20 de maio de 1993, a NOB 01/93, mesmo dando maior ênfase ao financiamento da assistência ambulatorial e hospitalar, teve sua importância no pressuposto de demarcar a descentralização aos três níveis de governo: nacional (Comissão Intergestores Tripartite – CIT e Conselho Nacional de Saúde); estadual (Comissão Intergestores Bipartite – CIB e Conselho Estadual de Saúde); e municipal (Conselho Municipal de Saúde). Também buscou estabelecer os diferentes níveis de descentralização das esferas federativas através das condições de gestão: (i) municípios- incipiente, parcial e semiplena; e (ii) estados -parcial e semiplena. (BRASIL, 1993)

Segundo Scatena e Tanaka (2001), o diferencial dessa NOB para as anteriores, em relação ao financiamento da saúde, é que os municípios em gestão semiplena puderam adequar os recursos às suas realidades e necessidades de saúde, pois através desse formato de gestão puderam ter maior autonomia sobre o pagamento dos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares tanto públicos quanto privados. Dessa forma, a NOB 01/93 habilitou os municípios como gestores, retomando, gradativamente, o processo de descentralização do SUS e introduzindo estímulos para que estados e municípios fossem adquirindo autonomia na gestão da rede assistencial no seu âmbito de governo. (UGÁ et al., 2003)

Porém, para promover a efetiva descentralização dos serviços e ações de saúde, foi editada a NOB 01/96 – Portaria 2203, de 6 de novembro de 1996, que preconizava a

reordenação do modelo de atenção à saúde, pois redefiniu: os papéis de cada esfera de governo; os instrumentos gerenciais para que municípios e estados assumissem seus respectivos papéis de gestores do SUS; os mecanismos e fluxos de financiamento (ampliando as transferências fundo a fundo); a prática de acompanhamento, controle e avaliação do SUS; e as condições para a efetivação do controle social. (BRASIL, 1996)

Ficaram estabelecidos, a partir dessa NOB, dois tipos de gestão municipal. Os municípios com gestão plena da AB, os quais ficam responsáveis pela oferta das especialidades básicas, pela gestão das unidades básicas de saúde e pelas ações de vigilância sanitária e epidemiológica. O município passa a receber integralmente os recursos destinados à AB e tem autonomia para aplicá-los. E os municípios com gestão plena do sistema de saúde, os quais, além das ações de AB, têm autonomia de gestão dos serviços de média e alta complexidade. (VASQUEZ, 2011; MELAMED; COSTA, 2003)

A NOB 01/96 priorizava a alteração do modelo de atenção, pois, particularmente, determinava o incentivo ao Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ao Programa Saúde da Família (PSF), considerados, pelo MS, estratégias prioritárias para o fortalecimento da AB, segundo os princípios e diretrizes do SUS. (CASTRO; MACHADO, 2010) Porém, um dos pontos mais relevantes dessa NOB, em relação ao financiamento da AB, foi a criação do Piso de Atenção Básica (PAB).

O estímulo dado pela NOB 01/96 à implantação do PSF foi significativo: segundo dados de um estudo realizado por Marques e Mendes (2002), o número de equipes de saúde da família cresceu de 1.623, em 1996, para 3.147, em 1998, ocorrendo, de certa forma, um fortalecimento do processo de descentralização e de expansão da AB.

Contudo, é importante salientar que a implantação efetiva do PAB ocorreu apenas no ano de 1998, após dois anos da sua criação, instaurando a modalidade de transferência per capita de recursos federais para os municípios.

Piso da atenção básica

Conforme a Portaria GM 1882, de 18 de dezembro de 1997, o piso da atenção básica consiste em recursos destinados exclusivamente à AB, transferidos aos municípios de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. (BRASIL, 1997) Sendo composto de uma parte fixa e de uma parte variável. Dessa forma, esse novo mecanismo dissocia o faturamento dos serviços de saúde de seu financiamento. (MELAMED; COSTA, 2003)

“O PAB representou iniciativa orientada para a redução da desigualdade, na medida em que rompeu com a lógica dominante de alocação de recursos– pagamentos por procedimentos– pelo menos para a AB.” (MACHADO; FORTES; SOMARRIBA, 2004, p.101) Anteriormente à NOB 01/96, quanto maior fosse o número de estabelecimentos hospitalares, ambulatoriais e postos de saúde, maior seria a possibilidade de o gestor municipal receber recursos do SUS devido ao faturamento de consultas e procedimentos realizados. Perpetuava-se, assim, um modelo assistencial com pouca ênfase na prevenção de agravos e na promoção à saúde. (COSTA; PINTO, 2002; MELAMED; COSTA, 2003)

A implementação do PAB está diretamente associada ao desenvolvimento de um novo modelo assistencial. De acordo com Costa e Pinto (2002), o recurso do PAB chegando diretamente aos municípios mais carentes, com maior déficit de atendimento básico e com uma rede de

serviços de menor complexidade, poderia provocar um forte impacto na qualidade da assistência. Promoveria, dessa forma, uma mudança gradual no modelo de atenção à saúde. O financiamento específico gerou ampliação e visibilidade à atenção básica nos sistemas municipais de saúde.

Em suma, conforme Costa e Pinto (2002, p.909), o PAB trouxe algumas inovações importantes:

Alocação de uma parcela dos recursos federais voltados para o custeio de determinados procedimentos na rede pública de saúde; incentivo ao desenvolvimento de ações e procedimentos de atenção básica e de medidas de promoção e prevenção em saúde; reorganização da AB com possível melhoria tanto nas condições de acesso, como na qualidade do atendimento prestado, especialmente visando aos municípios e às populações praticamente sem acesso aos serviços de saúde no começo da década de 1990; indução de gradativa mudança no modelo assistencial com o desenvolvimento de programas inovadores, como o caso da Saúde da Família; definição de um conjunto de indicadores de processo e resultado para avaliação do impacto na qualidade da atenção associado ao PAB.

O piso de atenção básica está dividido em (i) PAB fixo¹, no qual são realizados repasses automáticos com

¹ Para a definição do PAB fixo, adotou-se uma distribuição de municípios em quatro grupos, mediante uma pontuação entre zero e dez, com base em indicadores selecionados segundo cinco critérios socioeconômicos: PIB per capita; percentual da população com plano de saúde; percentual da população com Bolsa Família; percentual da população em extrema pobreza; e densidade demográfica. (BRASIL, 2011)

base em um per capita anual previamente fixado e que a partir do ano de 2003 leva em conta os parâmetros descritos no Quadro 1; e (ii) PAB variável, que é constituído de diferentes incentivos, dependendo da contratualização em determinados programas do Ministério da Saúde. Importante salientar que, no ano de 2006, foi estabelecido nas diretrizes dos Pactos pela Vida e de Gestão que o somatório do PAB fixo e variável comporia o Teto Financeiro do Bloco de Atenção Básica. (BRASIL, 2006)

Quadro 1 - Parâmetros do valor mínimo para o PAB fixo de acordo com as características dos municípios.

Valor mínimo PAB fixo per capita	Características dos municípios
R\$ 28,00	Grupo I- Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes.
R\$ 26,00	Grupo II- Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,40, e população de até 100 mil habitantes; e Municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes.
R\$ 24,00	Grupo III- Municípios com pontuação entre 5,40 e 5,85, e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,40 e população entre 100 e 500 mil habitantes.
R\$ 23,00	Grupo IV e Distrito Federal- Municípios não contemplados nos itens anteriores.

Fonte: Portaria 1409, de 10 de julho de 2013. (BRASIL, 2013a)

Em relação ao PAB fixo, os repasses federais² estão condicionados à municipalização da AB e a regulação está condicionada à descrição do que ofertar no atendimento básico, cabendo ao gestor municipal definir como aplicar esses recursos, pois não há regras sobre a forma de oferta. (VAZQUEZ, 2011) Com a finalidade de diminuir a desigualdade entre os municípios, a partir da Portaria 1408, de 10 de julho de 2013, o incentivo destinado às Especificidades Regionais³ passou a ser incorporado aos

² Cabe salientar que apenas a partir do ano de 2012 a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 (BRASIL, 2000), estabeleceu os percentuais mínimos de gastos na saúde pelos entes federativos, regulamentados pela LC 141/2012. Sendo assim, a União deve aplicar em saúde o valor do exercício anterior mais a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior ao da lei orçamentária anual (LOA), não ocorrendo diminuição se houver uma variação negativa do PIB; os estados, 12% da receita líquida; e os municípios, 15%. (BRASIL, 2012a) Mais importante que definir os percentuais mínimos de cada ente federativo, como discute Zortea (2013), a regulamentação através LC 141/2012 delimitou quais tipos de gastos entram nesse cálculo, ou seja, o que é considerado gasto em saúde. Muitos com implicação sobre a atenção básica, com destaque para: vigilância em saúde, epidemiológica e sanitária; atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade; capacitação do pessoal de saúde do SUS; investimento na rede física do SUS; remuneração de trabalhadores ativos nas ações estabelecidas na LC141/2012. Também o que não pode ser definido como tal, por exemplo, o pagamento de ativos em áreas de atividade alheias e o pagamento de inativos. (BRASIL, 2012a)

³ Trata-se de recursos transferidos com o objetivo de responder a especificidades de municípios, populações ou situações que exigem maior aporte de recursos, mas que não são devidamente contemplados nos demais componentes do Bloco AB. Os municípios podem receber um recurso complementar aos demais componentes do Bloco AB relacionados ao enfrentamento de especificidades geradoras de iniquidade: municípios mais pobres, com piores indicadores e maiores necessidades; municípios com maiores dificuldades de atração e fixação de profissionais e municípios isolados ou com problema de acesso; qualificação da atenção a populações sazonais, rurais, quilombolas, tradicionais, assentadas, isoladas; projetos cuja implantação se dá mediante adesão e estão ligados ao enfrentamento da iniquidade por meio de ações de educação permanente, fortalecimento, modernização

recursos do PAB fixo. (BRASIL, 2013b)

Já no que diz respeito ao PAB variável, os repasses federais estão condicionados a programas específicos por ele ofertados, fazendo com que os vários programas federais direcionados à AB passem a ser fontes adicionais de receitas municipais. Segundo Lima e Andrade (2009), o PAB variável, no ano de 2005, assegurou significativa redistribuição de recursos para a AB, privilegiando municípios situados em regiões mais carentes. Porém, não foi suficiente para romper com as desigualdades inter e intrarregionais, nem com a situação desfavorável dos municípios com até 200 mil habitantes.

Os recursos ligados ao PAB variável estão intimamente ligados à capacidade de adesão dos municípios às regras estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Para Marques e Mendes (2003), na medida em que os recursos eram vinculados a programas e estratégias específicas, o gestor municipal só receberia tais recursos se implantasse esses programas, podendo, dessa forma, não corresponder às necessidades locais dos municípios. Entretanto, para Machado, Fortes e Somarriba (2004), ao contemplar, por meio de incentivos, estratégias e programas que focalizam grupos ou populações de risco (Estratégia de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Combate a Carências Nutricionais, etc.), o PAB variável, teria maior potencial redistributivo, já que acarretaria alocação de mais recursos para municípios que apresentem maiores necessidades de saúde relacionadas à AB.

O que não podemos deixar de mencionar é o fato de que o PAB variável estimulou os municípios a incorporarem programas que lhes acrescentam receita financeira,

e qualificação da gestão, implantação de ações e alternativas que enfrentem entre os municípios iniquidades ligadas a qualquer um dos temas citados ou outros. (BRASIL, 2012b)

fazendo, dessa forma, uma indução da política nacional de saúde relacionada à AB. (MENDES; MARQUES, 2014)

As transferências condicionadas aos programas e estratégias buscaram conquistar a participação dos municípios com repasses mais generosos no início da implantação do PAB variável, fazendo com que a perspectiva de uma fonte adicional e, principalmente, estável favorecesse a descentralização das ações de saúde relacionadas à AB. (VAZQUEZ, 2011)

Todavia, nos anos seguintes, pode-se observar que, em relação ao PAB fixo, o crescimento real dos repasses ficou aquém do esperado, pois, de 1998 a 2002, esse valor não teve aumento, apesar de a inflação acumulada ter atingido 26% no período, de acordo com o Índice de Preços ao Consumidor (IPCA). (PINTO; KOERNER; SILVA, 2012) Apenas a partir do ano de 2003, o Ministério da Saúde estabeleceu uma estratégia para correção progressiva do PAB fixo. (SOLLA et al., 2007) E em relação ao PAB variável, o crescimento dos repasses apenas acompanhou a expansão da oferta dos serviços de saúde. (VAZQUEZ, 2011; VAZQUEZ, 2014)

Dentre os recursos destinados ao PAB variável, destacam-se os seguintes programas: Saúde da Família; Agentes Comunitários da Saúde; Saúde Bucal; Núcleos de Apoio à Saúde da Família; Consultórios na Rua; Programa Saúde na Escola; Saúde da Família– fluviais e ribeirinhas; Atenção Domiciliar; Microscopistas; Academia da Saúde; Fator de Incentivo de Atenção Básica a Povos Indígenas; Incentivo para Atenção à Saúde Penitenciária; Programa de Gestão do Atendimento Básico; Programa de Farmácia Básica; Combate a Grandes Endemias; Programas de Saúde da Mulher; e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Esse último, denominado de Componente de Qualidade do PAB variável, será discutido mais amplamente, logo abaixo.

O componente de qualidade do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pela Portaria 1654, de 19 de julho de 2011, traz consigo a criação do chamado “Componente de Qualidade” no PAB variável. A importância dessa nova modalidade de financiamento é traduzida por Pinto, Koerner e Silva (2012, s.p.): “Ele garantiu aumento do repasse de recursos em função da contratualização de compromissos e do alcance de resultados na concretização dos mesmos, tendo como referência padrões de acesso e qualidade pactuados de maneira tripartite.”

Assim, inova nas políticas de financiamento do Ministério da Saúde, principalmente quanto aos incentivos às políticas de atenção básica, pois traz consigo dois tipos: o tradicional incentivo indutor à implementação das políticas e um incentivo à melhoria gradual da assistência. O financiamento, nesse caso, é proposto como uma dupla finalidade: manter ações e serviços e induzir mudanças progressivas nos padrões de qualidade a partir do desempenho dos serviços.

O primeiro tipo de incentivo se dá a partir da fase inicial do programa, chamada de “Adesão e Contratualização”, dado que a Equipe de Atenção Básica (EAB) passa a receber 20% do montante previsto através da contratualização ao programa, que, segundo seu manual instrutivo (BRASIL, 2012c), tem repasse mensal, a partir da competência do mês de homologação. Nessa fase, a EAB e os gestores de saúde do município firmam um termo de compromisso com o Ministério da Saúde e, formalmente, passam a fazer parte do PMAQ-AB.

Sob a mesma lógica de indução à participação das políticas do MS, que conduziu as estratégias de atenção básica que analisamos até esse momento, é importante destacar a também presente livre-adesão ao programa de saúde, que pauta a existência dos incentivos. Não obstante, para além desse traço, o PMAQ-AB agrega a particularidade de dispor como agente central a equipe de saúde, uma vez que, sem sua assunção e conseqüente participação nas próximas fases, o programa simplesmente não ocorreria. Assim, é a EAB, e se houver vinculada uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) e/ou um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que dá a tônica ao programa: é preciso a adesão da equipe, que será objeto da avaliação, e seu desempenho implicará um aumento no orçamento de saúde municipal. A EAB, em si, constitui-se, então, um potente agente transformador da atenção à saúde da população.

Cunha et. al. (2013) também destacam esse fortalecimento do papel da equipe, de maneira especial na primeira fase do programa, possibilitando um aumento do poder de barganha através da negociação com o gestor municipal.

O artigo de Pinto, Sousa e Florêncio (2012, s.p.) chama a atenção para a participação dos diversos agentes nesse processo, desde os gestores até os usuários e levanta a ideia da contratualização por equipe como um instrumento concreto do “reconhecimento intersubjetivo dos indivíduos que devem se responsabilizar pelo conjunto de ações capazes de promover a ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica.”

Essa característica voluntária que o PMAQ-AB adota entra como variável importante no desenho dos incentivos, pois se mostra como um indicativo da vontade de melhorar dos agentes. Além de colocar em foco diversos atores no processo e evidenciar o papel da equipe de saúde, o PMAQ-

AB propõe uma série de ferramentas para servirem como apoio a melhorias nos processos de trabalho. Utilizando os termos de Pinto, Sousa e Florêncio (2012, s.p.), o programa propõe “movimentos”: “Merece destaque a tentativa do Programa de constituir movimentos de implicação e dispositivos de gestão colegiada que possam gerir a mudança.”

Tais proposições se concentram na segunda fase, chamada de “Desenvolvimento”, com ações de autoavaliação; apoio institucional; educação permanente em saúde e monitoramento de indicadores. Apesar de as quatro estratégias serem contempladas no questionário da fase mais importante do programa, a nosso ver, a avaliação externa, o monitoramento de indicadores e a autoavaliação são as que possuem mais forte incentivo. Isso porque individualmente compõem de maneira significativa a nota final: 20% quanto ao desempenho nos indicadores monitorados; 10% para a autoavaliação; e o restante (70%) na avaliação externa.

Se levarmos em conta o fato de como a autoavaliação é utilizada para a nota, fica evidente que se trata de uma proposta à sua institucionalização. Da maneira que entra de forma binária, realizou-se ou não, o produto em si não é levado em conta, como observado por Moraes e Iguti (2013). Assim, dentro da ideia de “produção de movimentos”, insere-se como elemento instigador à realização dessa prática gerencial baseada nos conceitos da autogestão de organizações.

Para tal, o PMAQ-AB adota o instrumento AMAQ (Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), proposto a ser usado pelas equipes. No entanto, não é obrigatório o uso desse instrumento, mas, como apontam Moraes e Iguti (2013), é útil, pois nele já está definida uma parte dos padrões de qualidade à

avaliação externa. Mas é necessário que haja autoavaliação sistemática nas equipes.

A etapa do Monitoramento compõe, junto com a Avaliação Externa, o “padrão de qualidade” proposto pelo programa, já que compara o desempenho da equipe a parâmetros de indicadores preestabelecidos. Apesar do caráter vertical na determinação desses parâmetros diante de diferentes realidades de saúde, estes consistem no estabelecimento de referências para o atendimento, nas palavras de Pinto, Sousa e Florêncio (2012, s.p.): “O chamado “padrão de qualidade” é uma declaração de qualidade esperada e expressa afirmativamente o sentido da política produzida nos espaços tripartite de governança do SUS.” Os autores destacam-nos como a busca da afirmação dos princípios do sistema de saúde e a superação de realidades na atenção básica não desejadas, que fogem a eles.

Além do percentual de 20% que compõe o incentivo à adesão, este pode variar de forma positiva ou negativa, dependendo do desempenho alcançado nas fases que comporão a certificação final da equipe. Uma vez formada a nota final da EAB, esta é normalizada junto com as notas de outras equipes de saúde, estabelecendo grupos na distribuição.

O mais baixo, “Insatisfatório”, no qual ocorre a suspensão do repasse financeiro, é reservado somente a equipes que não cumpram o requisito mínimo para o programa. Assim, são três grupos de fato. Como mostra o Quadro 2, para 50% das equipes com o menor desempenho, o percentual de 20% se mantém. Com isso, o repasse financeiro que tange sobre a avaliação da EAB tende a aumentar. Pois, caso a nota da equipe se localize na curva gaussiana no terceiro grupo, que abrange 34% das equipes, o repasse sobe para 60% do valor. Já o último grupo, composto por 16% das equipes, que têm as melhores notas, passa a receber 100%.

Quadro 2 – Grupos e percentuais do componente de qualidade do PAB Variável

Grupo	Percentual das equipes	Percentual do componente de qualidade
Insatisfatório	-	-
Mediano ou Abaixo da Média	50%	20%
Acima da Média	34%	60%
Muito Acima da Média	16%	100%

Fonte: Brasil (2013c), Brasil (2013d).

Apesar da oportunidade do aumento do repasse, a normalização leva ao estabelecimento obrigatório de grupos distintos na distribuição, como levantado por Moraes e Iguti (2013). Porém, de caráter diferente ao apontado pelos autores, por não ser mais a partir da média e dos desvios-padrão, dadas as alterações ocasionadas pela Portaria 1063/2013. Mesmo assim, é na diferença entre as notas das equipes de saúde que se dá o aumento do percentual repassado.

Com o uso da normalização, percebe-se o reconhecimento prévio de diferentes realidades no acesso e na qualidade da atenção básica e a premiação se dá no sentido meritocrático, a partir dos indicadores avaliados das equipes que melhor os realizam. Esse se constitui no cerne do novo tipo de incentivo que o PMAQ-AB traz consigo, isto é, o incentivo para que os diversos agentes envolvidos busquem melhorar a assistência à saúde da população. Se esta for alcançada, serão retribuídos por isso.

Para que os incentivos façam efeito, é preciso que atinjam os agentes. O PMAQ-AB prevê a transferência do valor fundo a fundo, do Fundo Nacional de Saúde para o

Municipal. Dessa forma, o recurso entra para o todo do orçamento municipal de saúde e pode ser usado para despesas de custeio da atenção básica. Tal como apontado por Moraes e Iguti (2013) e Cunha et al. (2013), é importante que os municípios adotem iniciativas de remuneração dos valores do componente de qualidade aos trabalhadores das EABs avaliadas, pois são centrais no desempenho da avaliação e importantes agentes transformadores da realidade.

Considerações finais

Apesar da descentralização dos serviços de saúde para a esfera municipal, os gestores estaduais e federais têm um papel relevante na determinação do financiamento em saúde, principalmente, a partir da regulamentação da Emenda Constitucional 29, de 2012. Porém o MS continua sendo um importante formulador, financiador e indutor das políticas, dos programas e estratégias de saúde relacionados à AB.

As NOBs 01/93 e 01/96 foram bem-sucedidas, no que tange à descentralização aos três níveis de governo através de novas condições de gestão e, principalmente, na ampliação das transferências fundo a fundo. Mas seu marco se deu tanto na busca de um novo modelo de atenção à saúde, através de programas prioritários como o Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde quanto na criação do piso da atenção básica. A lógica visível é da sustentação e ampliação da oferta de ações e serviços.

Com a nova modalidade de transferência de recursos inaugurada pelo PAB, per capita (PAB fixo) e por estratégias e programas prioritários (PAB variável), rompeu-se com a lógica dominante do financiamento em saúde - pagamento

por procedimentos -, representando o início da redução das desigualdades entre os municípios, pois, pela primeira vez na história do financiamento da saúde na atenção básica, foram empregados indicadores sociais como critérios de repasse federal aos municípios. Indicadores sociais que, nesse caso, também significaram aproximações com necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades.

O advento do PAB definiu uma estrutura de regras e de incentivos financeiros que favoreceram a autonomia e o poder decisório dos gestores municipais sobre os recursos disponíveis para o financiamento da AB. Esses recursos chegando diretamente aos municípios, principalmente àqueles com uma rede de serviços de menor complexidade, podem ser capazes de promover um forte impacto na qualidade da atenção básica à saúde.

Tomamos, como exemplo, a criação do PMAQ-AB e, junto com ele, o componente de qualidade no PAB variável, representando uma inovação na lógica de financiamento da atenção básica no SUS, pois, além da indução à adesão, traz um novo incentivo: o da melhoria gradual da assistência à saúde por parte dos atores envolvidos no processo.

Tal incentivo surge da forma na qual o programa é desenhado, pois propõe: compromisso entre os atores; práticas gerenciais às equipes de atenção básica; e avaliação destas em diversas dimensões. Mas o mais importante é que o desempenho das equipes nesse processo influencia no montante a ser transferido ao município, premiando o melhor desempenho e fazendo com que, dessa forma, o recurso proveniente do componente de qualidade possa ser utilizado para melhoria no acesso e, principalmente, na qualidade da assistência à saúde da população.

Não há dúvidas de que essa iniciativa não esgota o debate sobre suficiência, estabilidade de fontes e critérios de distribuição de recursos para a atenção básica e,

menos ainda, para o SUS. O que as iniciativas analisadas demonstram é a importância do financiamento e de suas lógicas na organização e nas respostas dos serviços e a necessidade de seguir o debate sobre outras iniciativas de ampliação de fontes, de corresponsabilidade das diversas instituições, de critérios e lógicas de aplicação. O financiamento é dimensão estratégica de organização descentralizada do Sistema Único de Saúde e não pode ficar imune às iniciativas de avanços, como demonstra a análise feita. Ao contrário, precisa ser mobilizado como dispositivo para ampliar e qualificar as ações, os serviços e os modos como são colocados à disposição da população.

Referências

BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília/ DF, 1988.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília/ DF, 1990a.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília/ DF, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 545**, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Brasília/ DF, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.203**, de 6 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96 - Brasília/ DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1882/GM**, de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição. Brasília/ DF, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Emenda Constitucional 29**, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília/ DF, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília/ DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1602**, de 09 de julho de 2011. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Presidência da República. **Lei complementar 141**, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três)

esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica** (PMAQ: Manual Instrutivo). Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1409**, de 10 de julho de 2013. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB) para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1408**, de 10 de julho de 2013. Incorpora os recursos financeiros destinados ao financiamento da estratégia Compensação de Especificidades Regionais CER à parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB Fixo) e revoga dispositivos da Portaria 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, e da Portaria 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 535**, de 3 de abril de 2013. Altera a Portaria 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), e a Portaria 866/GM/MS, de 3 de maio de 2012, que altera o prazo para solicitação

da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1063**, de 3 de junho de 2013. Altera as regras de certificação das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2013d.

CASTRO, A.L.B. de; MACHADO, C.V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**, 2010, v.26, n.4, p.693- 705.

COSTA, N. R.; PINTO, L. F. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e à experiência da descentralização no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2002, v.7, n.4, p.907- 923.

CUNHA, G.T. et. al. Programa Nacional de Melhoria ao Acesso e à Qualidade da Atenção Básica: um estudo qualitativo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 2., 2013, Belo Horizonte. **Universalidade, Igualdade e Integralidade da saúde: um projeto possível**. Belo Horizonte. ABRASCO, 2013.

LIMA, L.D.; ANDRADE, C.L.T. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2009, v.25, n.10, p.2237- 2248.

MACHADO, E.N.M.; FORTES, F.B.C.T.P.; SOMARRIBA, M. Efeitos da introdução do PAB sobre a distribuição de recursos e a prestação de serviços: o caso de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2004, v.9, n.1, p.99- 111.

MARQUES, R.M.; MENDES, Á. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cad. Saúde Pública**, 18 (suplemento): 163-171, 2002.

_____. Atenção Básica e Programa Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2003, v.8, n.2, p.403- 415.

MELAMED, C.; COSTA, N. R. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2003, v.8, n.2, p.393-401.

MENDES, Á.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, 2014, v.38, n.103, p.900- 916.

MORAES, P.N.; IGUTI, A.M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, jul./set.2013, v.37, n.98, p. 416-426.

PINTO, H.A.; KOERNER, R.S.; SILVA, D.C.A. **Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a atenção básica**. [Internet]. Brasília, DF: Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2012. Disponível em:<<http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2012/06/artigoprioridade.pdf>>. Acesso em: 29/07/2015.

_____.; SOUSA,A.; FLORÊNCIO, A.R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desempenho e processo de implantação. **RECIIS: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, ago. 2012, v.6, n.2, supl.

SCATENA, J.H.G.; TANAKA O.Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, 2001, v.10, n.2, p.47-74.

SOLLA, J.J.S.P. et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Rev. Brasileira Matern. Infant.**, Recife, 2007, v.7, n.4, p.495-502.

UGÁ M. A. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, 2003, v.8, n.2, p.417- 437.

VAZQUEZ, D.A. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011, v.27, n.6, p.1201-1212.

_____. Mecanismos institucionais de regulação federal e seus resultados nas políticas de educação e saúde. **DADOS-Rev. Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, 2014, v.57, n.4, p.969-1005.

ZORTEA, A.P. **Aplicação da metodologia de custos do SIC: análise do sistema de saúde dos municípios do Rio Grande do Sul - 2011**. Porto Alegre: UFRGS, 2013. Trabalho de Conclusão de Graduação. Curso de Ciências Econômicas, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/78364>>. Acesso em: 30/07/2015.

PARTE II

Análises a partir do PMAQ-AB

ANÁLISE DA ESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO BRASIL

*Pauline Cristine da Silva Cavalcanti
Aristides Vitorino de Oliveira Neto
Lariça Emiliano da Silva
Maria Fátima de Sousa*

Introdução

Com a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) e o consequente aumento da oferta de serviços de saúde no Brasil, nos últimos anos, também cresceu a quantidade de Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Em função disso, as UBSs têm sido utilizadas pela população com mais frequência, resultando em maior acesso e disponibilidade de serviços de atenção básica (AB). (FAUSTO; FONSECA, 2013; PAIM et al., 2011)

No entanto, a inadequação das unidades é um problema apontado em diversos estudos. (FAUSTO; FONSECA, 2013; FACCCHINI et al., 2014; GERVÁS; FERNÁNDEZ, 2011) A inadequação da estrutura física das unidades, somada à insuficiência de profissionais, falta ou deficiência de equipamentos e materiais para atenção à saúde são limitadores para atuação das equipes de atenção básica (eAB).

A revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2011, mostra a centralidade que o governo federal passa a dar para a atenção básica (AB) no sistema de saúde brasileiro. A política fala de uma “Atenção Básica Fortalecida e Ordenadora das Redes de Atenção” e define diretrizes para isso. A ESF passou a ser prioritária para a organização dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e houve também um reconhecimento de outras formas de arranjos da AB. (BRASIL, 2011a)

No que diz respeito às unidades de saúde, a PNAB aborda a importância de investimentos visando a UBSs mais amplas e com melhores condições de atendimento e trabalho. Dentre as estratégias do Ministério da Saúde (MS) voltadas para a estruturação e para o fortalecimento da AB, destaca-se o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), que é a principal iniciativa do governo federal para construção e reestruturação dessas unidades visando à qualificação desses serviços. (BRASIL, 2011a)

Em 2012, foi realizado o primeiro Censo Nacional das UBSs, uma iniciativa que integra as ações de qualificação da AB. As informações obtidas buscaram conhecer a realidade da infraestrutura das UBSs no país e, com isso, subsidiar as ações voltadas ao fortalecimento das políticas de saúde, especialmente, para o aprimoramento das estratégias de requalificação das UBSs. (BRASIL, 2011b)

O presente estudo busca analisar a estrutura física das UBSs com base no conjunto de ambientes recomendados no Manual de Estrutura Física das UBSs do MS. Para isso, será realizada a caracterização destas, considerando cada ambiente do manual e a análise da quantidade de ambientes presentes nas UBSs, segundo o porte populacional dos municípios brasileiros e a região do país.

A estrutura física das Unidades Básicas de Saúde no Brasil

Os Centros de Saúde ou Unidades Básicas de Saúde são locais que ofertam atendimentos de AB para a população, nas especialidades básicas (pediatria, cirurgia, ginecologia, obstetrícia, clínica geral), podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nessas áreas, podendo ou não oferecer serviço de apoio de diagnose e terapia e pronto atendimento 24 horas. (BRASIL, 2006)

Na PNAB, esse conceito é ampliado considerando as UBSs como local de atuação das eABs, que são multiprofissionais e conforme a modalidade são compostas por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população.

A AB deve desenvolver uma atenção integral que impacte a situação de saúde e autonomia das pessoas e os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Para isso, oferta um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. (BRASIL, 2011a)

Em mais de 20 anos, a oferta de serviços de AB no país ampliou. A quantidade de UBSs passou de 20 mil, em 1988 (IBGE/AMS, 2005 apud FAUSTO; MENDONÇA; GIOVANELLA, 2013), para mais de 39 mil, em 2014 (BRASIL, 2015a), resultando em seu uso regular mais frequente. Conforme verificado em 2008, o posto ou centro de saúde

(equivalente à UBS) foi o tipo de serviço mais procurado pela população, indicando maior acesso e disponibilidade. (FAUSTO; MENDONÇA; GIOVANELLA, 2013)

Mesmo com os inegáveis avanços alcançados na cobertura de AB no Brasil, um dos principais desafios que persiste é a inadequada situação da rede física das UBSs e ambiência. Esse problema dificulta a concretização das ações de AB, já que repercute negativamente no desenvolvimento das ações de saúde pelas eABs. (FAUSTO; FONSECA, 2013; FACCHINI et al., 2014; GERVÁS; FERNÁNDEZ, 2011; ROCHA et al., 2012; MOURA et al., 2010)

Estudos evidenciam a ausência de ambientes essenciais e a precária estrutura física das unidades. Um dos problemas que influenciam nessa situação são os estabelecimentos improvisados para o trabalho em saúde, funcionando em casas alugadas na comunidade e que não atendem às necessidades dos profissionais das equipes e nem dos usuários. (GERVÁS; FERNÁNDEZ, 2011; ROCHA et al., 2012; MOURA et al., 2010; VIEIRA; CRUZ; CUNHA, 2013; SIQUEIRA et al., 2009)

Em 2005, diversos gestores da AB apontaram a necessidade de ampliar a quantidade e a qualidade da estrutura física das unidades de saúde. No entanto, após cinco anos, foi verificado que a inadequação persistia. Além dos gestores, os usuários também demonstram insatisfação em relação às UBSs. (FACCHINI et al., 2014) Entre as principais questões que geram descontentamento na população está a dificuldade de acesso, visto que até mesmo as construções mais novas e projetadas para funcionamento de uma UBS não asseguram o acesso das pessoas. (SIQUEIRA et al., 2009)

Por sua vez, os profissionais das equipes também consideram que as unidades estão em precárias condições e afirmam que essa questão é um dos principais obstáculos

para o desenvolvimento do trabalho. (ROCHA et al., 2012) Com isso, pode-se dizer que a estrutura física das unidades de saúde não permite a realização das ações previstas para a AB e não tem coerência com as necessidades da população atendida.

Estudos revelam que há diversos problemas tanto na estrutura física quanto na ambiência das UBSs. (FAUSTO; FONSECA, 2013, FACCHINI et al., 2014, GERVÁS; FERNÁNDEZ, 2014, ROCHA et al. 2012) Entretanto, vale destacar que alguns esforços vêm sendo realizados para viabilizar a transformação desse cenário. O Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), iniciado em 2002, é um exemplo disso. O programa, promovido pelo governo federal, aplicou recurso financeiro para a qualificação da infraestrutura de UBSs em municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes. (SIQUEIRA et al., 2009)

Mesmo reconhecendo o impulso promovido pelo PROESF, Siqueira et al. (2009) explicam que o acelerado envelhecimento populacional e o crescimento de doenças crônicas aumentam a demanda por serviços de AB, exigindo uma intervenção mais enfática para a melhoria da estrutura física das unidades de saúde no intuito de atenderem às necessidades dos usuários que buscam o serviço.

O MS aponta a importância de viabilizar o acesso a todos os usuários às unidades de saúde de forma acolhedora e humanizadora que permita à população uma atenção à saúde de qualidade, demonstrando preocupação não só com a estrutura da UBS, mas também com a sua ambiência. (BRASIL, 2008) Em 2006, a PNAB ressaltou os aspectos estruturais das unidades de saúde como itens necessários à realização das ações de AB, e definiu uma lista de ambientes que devem estar presentes nas unidades; os equipamentos e materiais adequados para o conjunto de

ações propostas, a composição da equipe multiprofissional e a garantia dos fluxos de referência e contrarreferência para os serviços especializados. (MOURA et al., 2010)

Em 2008, o MS elaborou o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, que visa a orientar profissionais e gestores municipais de saúde no planejamento, programação e elaboração de projetos para reforma, ampliação, construção ou até mesmo na escolha de imóveis para aluguéis de estabelecimentos ambulatoriais para funcionamento como UBSs. O manual enfatiza que os espaços das unidades devem ser adequados à realidade local, em conformidade com a população a ser atendida, suas necessidades e especificidade da situação de saúde. Deve, ainda, considerar os profissionais existentes, os fluxos de atendimento e as atividades a serem desenvolvidas. (BRASIL, 2008)

Posteriormente, em setembro de 2009, foi publicada a Portaria 2226, que instituiu o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para ESF, com objetivo de financiar a construção de UBSs com infraestrutura adequada ao trabalho das equipes. Estabeleceu, ainda, o porte das UBSs de acordo com o número de equipes lotadas, área física mínima e ambientes necessários em conformidade com o Manual de Estrutura Física.

Em 2011, foi instituído o Programa de Requalificação das UBSs, que propõe uma estrutura física adequada para o funcionamento das UBSs e desenvolvimento das ações pelas eABS, e cria incentivo financeiro para a qualificação das UBSs no país. (BRASIL, 2011c) O programa está dividido em cinco componentes: construção, reforma, ampliação, informatização e implantação das atividades do Programa Telessaúde Brasil Redes nas UBSs e, finalmente, construção de unidades fluviais. (BRASIL, 2008; 2011c; 2011d)

Há um certo consenso de que a evolução na implantação das eSFs, iniciada nos anos 1990, tenha favorecido a expansão das UBSs no país. Contudo, em mais de 20 anos, não houve uma pesquisa nacional com o intuito de obter informações sobre as características desses estabelecimentos de saúde no Brasil, até que, em 2012, o MS financiou a realização do primeiro Censo das UBSs.

A iniciativa envolveu a parceria com 45 instituições acadêmicas para a condução do trabalho de campo e contou com o apoio de gestores estaduais e municipais. O Censo das UBSs teve finalidade de levantar informações para subsidiar o aperfeiçoamento das políticas de saúde e balizar os investimentos dos governos federal, estadual e municipal na AB. (BRASIL, 2011b; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012)

Esse processo buscou avaliar elementos relacionados à infraestrutura, equipamentos, materiais, insumos e medicamentos das UBSs. (BRASIL, 2011b) Assim, o Censo é fundamental para reconhecimento das condições de trabalho nas unidades, auxiliando na compreensão dos limites e dos possíveis avanços que podem ser alcançados nos serviços, uma vez que diversas ações podem ser impulsionadas ou dificultadas pela ausência ou inadequação de componentes essenciais para o desenvolvimento das ações de saúde.

Para qualificar as ações programáticas e gestão dos serviços, Facchini et al. (2014) recomendam aos gestores a adoção de um plano diretor para construção, reforma, equipamento e manutenção das UBSs. Nesse sentido, é importante destacar a relevância da parceria do governo federal com estados e municípios para o investimento de mais recursos, com foco na modernização e qualificação do atendimento à população. (BRASIL, 2011a)

A formulação de estratégias/programas (inclusive com financiamento) e de recomendações que objetivam

a melhoria das UBSs é fundamental para contribuir com o fortalecimento da AB. No caso das unidades de saúde, um passo importante foi a realização do Censo e o outro, o investimento nas UBSs, que foi destacado como prioridade na PNAB.

Metodologia

Este trabalho realizou uma pesquisa quantitativa a partir da análise documental e das bases de dados secundários do Censo Nacional das UBSs e do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB) do Ministério da Saúde.

A **primeira etapa** deste estudo analisou o Manual de Estrutura Física das UBSs, visando a conhecer os ambientes recomendados para a estruturação das unidades. Segundo o manual, as UBSs devem conter, minimamente, 17 ambientes descritos no Quadro 1.

Quadro 1 - Variáveis selecionadas para o estudo.

(continua)

Manual de estrutura física das UBSs	Variáveis do Módulo I no 1º ciclo do PMAQ-AB		Variáveis do Módulo I no 2º ciclo do PMAQ		Observação
	Código	Descrição	Código	Descrição	
Abrigo de resíduos sólidos	I.9.21	Expurgo	I.10.1.32	Sala de armazenamento temporário de resíduos	-
Administração e gerência	-	-	-	-	-
Almoxarifado	-	-	-	-	-
Área de compressor	-	-	-	-	-
Banheiro para funcionários	I.9.1	Banheiro para funcionários	I.10.1.3	Banheiro para funcionários	-

Quadro 1 - Variáveis selecionadas para o estudo

(continua)

Manual de estrutura física das UBSs	Variáveis do Módulo I no 1º ciclo do PMAQ-AB		Variáveis do Módulo I no 2º ciclo do PMAQ		Observação
	Ambiente	Código	Descrição	Código	
Consultório	I.9.2	Consultório clínico	I.10.1.14	Existe consultório para médico?	Para o 2º ciclo, considerar a presença do ambiente
			I.10.1.15	Existe consultório para enfermeiro?	
Consultório com sanitário		-		-	-
Consultório odontológico	I.9.3	Consultório odontológico	I.10.1.16	Existe consultório para dentista?	-
Copa/cozinha		-		-	-
Depósito de lixo		-		-	-
Recepção/ Espera	I.9.4	Recepção	I.10.1.5	Sala de recepção e espera	Considerar a presença do ambiente juntos
Sala de curativo/ procedimento	I.9.6	Sala de curativo	I.10.1.21	Sala de curativo	Considerar a presença do ambiente juntos
	I.9.13	Sala de procedimento	I.10.1.19	Sala de procedimentos	
Sala de vacina	I.9.15	Sala de vacina	I.10.1.7	Sala de vacina	Considerar a presença do ambiente, mesmo que não seja exclusivo para vacina
Sala de reuniões e educação em saúde	I.9.17	Sala de reunião e atividades educativas	I.10.1.27	Sala de atividades coletivas	-
Sala de nebulização	I.9.14	Sala de nebulização	I.10.1.18	Sala de inalação	-

Quadro 1 - Variáveis selecionadas para o estudo.

(conclusão)

Manual de estrutura física das UBSs	Variáveis do Módulo I no 1º ciclo do PMAQ-AB		Variáveis do Módulo I no 2º ciclo do PMAQ		Observação
	Ambiente	Código	Descrição	Código	
Sala para ACS	-		-		-
Sanitário para usuário/ Sanitário para deficiente	1.9.18	Sanitário para usuário masculino	1.10.1.1	Sanitário para os usuários	Considerar a presença do ambiente juntos
	1.9.19	Sanitário para usuário feminino			
	1.9.20	Sanitário adaptado para pessoas com deficiência	1.10.1.2	Sanitário para pessoas com deficiência	

* O hífen (-) significa que não há variável correspondente nos ciclos do PMAQ- AB.

Fonte: Brasil (2008; 2012; 2015b).

Já a **segunda etapa** utilizou informações do banco de dados do primeiro (1º) e do segundo (2º) ciclo do PMAQ-AB. No 1º ciclo, ao mesmo tempo em que se realizou a avaliação externa (Terceira Fase do PMAQ-AB), foi realizado o Censo das UBSs.

Para a realização do Censo, o MS selecionou os estabelecimentos de saúde registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como Posto de Saúde, Centro de Saúde ou UBS, com base nas informações de maio de 2012. Inicialmente, estavam previstas para serem avaliadas 43.424 unidades. No entanto, algumas não existiam, outras não foram encontradas, e alguns gestores recusaram a avaliação. (FAUSTO; FONSECA, 2013) Por fim, foram avaliadas 38.812 unidades de saúde no país, no período de maio a outubro de 2012.

No 2º ciclo do programa foram avaliadas, entre novembro de 2013 e julho de 2014, as 24.055 UBSs que tinham equipes participantes do PMAQ- AB. Pelos mesmos motivos encontrados no Censo, algumas unidades também não foram avaliadas. Neste estudo, analisamos os dados referentes a 23.022 UBSs que foram avaliadas em ambos os ciclos (1º ciclo do Censo/PMAQ-AB e 2º ciclo do PMAQ-AB) do programa, visando a comparar as características das UBSs. Além disso, são analisados dados de 9.823 UBSs, contendo eAB cadastrada no CNES com saúde bucal, nos dois ciclos, para verificar a presença do consultório odontológico.

O PMAQ-AB, na coleta de dados, utilizou o instrumento de avaliação externa que está organizado em seis módulos. Nos ciclos do programa, a avaliação das UBSs se deu a partir do Módulo I - Observação das Unidades Básicas de Saúde, que objetiva coletar dados relacionados à infraestrutura, equipamento, materiais, insumos e medicamentos para a AB. (BRASIL, 2011b; 2012; 2015b) Esse módulo foi utilizado para avaliar as UBSs do Censo e do PMAQ.

A seleção do conjunto de variáveis foi condicionada pelos presentes no instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB, nos dois ciclos, e que tinham correspondência com os ambientes presentes no Manual de Estrutura Física das UBSs (ver Quadro 1). As variáveis como consultórios, recepção/sala de espera, sanitários estiveram presentes no instrumento de avaliação nos dois ciclos, porém a forma como estavam estruturadas no instrumento não permaneceu igual. Com vistas a analisar o máximo de variáveis possíveis, buscou-se tornar as mesmas possíveis de serem comparadas.

Para exemplificar, observe que, no Quadro 1, a variável relativa ao consultório no 1º ciclo não faz a distinção entre consultório de médico e enfermeiro, apenas diferencia

o consultório do odontológico. No 2º ciclo do PMAQ-AB, o consultório é especificado por profissional da eAB. Por isso, neste estudo, a análise é realizada considerando como variável o consultório, seja de médico ou de enfermeiro; e, separadamente, o consultório odontológico, uma vez que não são todas as eABs que possuem profissionais de saúde bucal e desenvolvem ações nesse sentido.

Além disso, no 1º ciclo do PMAQ-AB, não foi verificado se a sala de vacina é um ambiente exclusivo para essa atividade, conforme recomenda o manual de referência. No 2º ciclo, o instrumento de avaliação foi modificado, possibilitando verificar essa questão. Para não tornar impossível a análise sobre essas variáveis, utiliza-se como critério a presença do ambiente na UBS.

Os dados foram armazenados em um banco de dados estruturado no programa Microsoft Office Excel 2010 para Windows® e analisados a partir do programa SPSS 20.0 para Windows®. As variáveis selecionadas foram transformadas para poderem ser analisadas estatisticamente, uma vez que, algumas são variáveis discretas e outras nominais. A partir disso, procedeu-se a comparação das variáveis, considerando os dois ciclos do PMAQ- AB.

Em seguida, para a análise dos dados, buscou-se traçar um perfil das UBSs de acordo os ambientes recomendados no manual das UBS, segundo o porte populacional dos municípios e a região do país. Para a variável porte populacional dos municípios, adotou-se a seguinte classificação: porte populacional 1, para municípios com até 10.000 habitantes; porte populacional 2, municípios de 10.001 até 20.000 habitantes; porte populacional 3, municípios com 20.001 até 50.000 habitantes; porte populacional 4, municípios que vão de 50.001 até 100.000 habitantes; porte populacional 5, municípios com 100.001 até 500.000 habitantes; e porte populacional 6, aqueles

com mais de 500.000 habitantes. As regiões do país seguem a clássica divisão regional estabelecida pelo IBGE: Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul.

Os resultados são apresentados segundo porte populacional e região do país. Primeiramente, são abordadas as características de estrutura física das unidades de saúde para 10 ambientes avaliados (Quadros 2 e 4) e, posteriormente, a quantidade de ambientes presentes nas UBSs. Para tal, realizou-se a seguinte estratificação: de 1 a 3 ambientes; de 4 a 6 ambientes; de 7 a 9 ambientes; com 9 ambientes (exceto o consultório odontológico); e com 10 ambientes (com o consultório odontológico). Os resultados estão organizados por tipo de UBS, visto que existem estabelecimentos que possuem o consultório odontológico a depender das ações realizadas pela eAB.

Este estudo utiliza dados secundários do Ministério da Saúde, estando dispensado de aprovação de Comitê de Ética. No entanto, os bancos de dados foram solicitados formalmente ao órgão.

Resultados e discussão

Uma dificuldade observada na realização deste estudo está relacionada à baixa quantidade de pesquisas disponíveis para embasar a discussão e a comparação dos resultados. Além disso, os dados do Censo das UBSs e da avaliação do PMAQ-AB permitem diversos tipos de análises e evidenciam muitos aspectos interessantes sobre a estrutura das unidades de saúde da AB no Brasil. Este estudo não pretende exaurir as possibilidades de análise, mas sim contribuir para o debate sobre o tema.

Sobre as características estruturais das UBSs por porte populacional, ver Quadro 2:

- Os ambientes que apresentaram redução nas UBSs, em todos os portes populacionais, do 1º para o 2º ciclo, foram o banheiro para funcionários e o consultório. A sala de armazenamento temporário de resíduos (expurgo) sofreu redução em quatro portes populacionais de um ciclo para o outro, apenas no terceiro porte houve um aumento pouco relevante. Todos os outros sete ambientes mostraram aumento nas UBSs, de um ciclo para o outro.

- Em relação ao consultório, verificou-se que esse espaço diminuiu em todos os portes populacionais. A maior redução foi observada no porte de 50.001 até 100.000 e a menor, no porte de mais 500 mil habitantes.

- A sala de nebulização (21,4%) foi o ambiente com maior variação nos resultados, considerando-se o porte populacional. O contrário ocorreu com consultório, com apenas 1% de variação. Isso significa que, mesmo tendo sofrido redução, o consultório ainda é o espaço que está mais presente nas UBSs, seja por porte populacional ou por ciclo do PMAQ-AB.

- O consultório odontológico aumentou em todos os portes populacionais, mas o crescimento foi maior no 1º porte populacional e menor no último. A mesma situação foi observada para a sala de curativos/procedimentos. Para esses casos, quanto maior era o porte populacional, menos consultório odontológico e sala de curativos/procedimentos havia nas UBSs.

- Houve também crescimento do percentual de sala de nebulização em todos os portes populacionais, mas o aumento foi maior no 2º porte (mais que dobrou em relação ao valor verificado na última faixa).

Atenção Básica: Olhares a partir do PMAQ

● Cresceu, ainda, a quantidade de UBSs com de sala de vacina e sala de reunião e atividades educativas em todos os portes populacionais. No entanto, o aumento foi menor na faixa de mais de 500 mil habitantes.

● Os portes populacionais 2 e 3 apresentaram aumento de sala de recepção e espera, sala de curativos/procedimentos, sala de vacina, sala de nebulização; e sala de armazenamento temporário de resíduos (expurgo), sanitários, sala de reunião e atividades educativas, sala de vacina, respectivamente.

● Cinco ambientes (consultório odontológico, sala de recepção e espera, sala de vacina, sala de reunião e atividades educativas, sala de nebulização) mostraram menor aumento no porte 6. Além disso, o último porte também apresentou maior redução de sala de armazenamento temporário de resíduos (expurgo), cerca de 17 vezes maior do que a média nacional.

Quadro 2 - Percentual de UBSs por ciclos do PMAQ-AB de acordo com os ambientes recomendados no Manual de Estrutura Física das UBS, por porte populacional, 2012 e 2014.

(continua)

Ambiente	Ciclo	Porte populacional						Brasil
		1	2	3	4	5	6	
		Até 10.000 habitantes	10.001 até 20.000 habitantes	20.001 até 50.000 habitantes	50.001 até 100.000 habitantes	100.001 até 500.000 habitantes	Mais de 500.000 habitantes	
Sala de armazenamento temporário de resíduos (expurgo)	1º	34,5%	23,0%	22,4%	24,3%	32,4%	47,6%	28,7%
	2º	31,7%	22,6%	22,7%	22,9%	29,9%	33,5%	26,3%
Banheiro para funcionários	1º	86,3%	84,5%	86,9%	90,8%	91,6%	93,6%	88,3%
	2º	84,5%	81,5%	82,9%	85,3%	91,5%	93,0%	85,6%
Consultórios	1º	98,5%	98,7%	98,9%	99,2%	98,7%	98,3%	98,7%
	2º	97,9%	97,8%	98,2%	97,7%	97,6%	97,8%	97,9%
Consultório odontológico*	1º	31,3%	26,6%	27,2%	24,8%	20,5%	17,5%	25,3%
	2º	51,9%	41,7%	43,3%	40,8%	34,1%	27,4%	40,8%
Sala de recepção e espera	1º	91,1%	88,9%	90,2%	93,0%	93,7%	91,3%	91,2%
	2º	97,6%	96,9%	97,0%	96,4%	96,0%	95,1%	96,6%

Quadro 2 - Percentual de UBSs por ciclos do PMAQ-AB de acordo com os ambientes recomendados no Manual de Estrutura Física das UBS, por porte populacional, 2012 e 2014.

(conclusão)

Ambiente	Ciclo	Porte populacional						Brasil
		1	2	3	4	5	6	
		Até 10.000 habitantes	10.001 até 20.000 habitantes	20.001 até 50.000 habitantes	50.001 até 100.000 habitantes	100.001 até 500.000 habitantes	Mais de 500.000 habitantes	
Sala de curativos/ Procedimentos	1º	85,2%	83,8%	86,5%	88,2%	88,1%	83,4%	86,0%
	2º	92,0%	92,6%	93,9%	94,9%	93,5%	88,4%	92,9%
Sala de vacina	1º	73,0%	67,0%	73,0%	82,4%	85,3%	83,8%	76,2%
	2º	77,7%	75,5%	81,5%	87,8%	88,6%	86,7%	82,3%
Sala de reunião e atividades educativas	1º	43,0%	33,8%	34,1%	36,9%	47,8%	57,1%	40,3%
	2º	44,6%	36,5%	38,2%	40,4%	46,1%	55,8%	42,1%
Sala de nebulização	1º	30,8%	19,3%	22,1%	26,8%	33,0%	41,4%	27,2%
	2º	67,2%	61,4%	62,0%	63,5%	65,2%	62,1%	63,4%
Sanitários	1º	86,0%	79,8%	79,6%	80,4%	80,6%	80,2%	80,9%
	2º	97,9%	96,8%	96,8%	96,7%	97,7%	95,1%	96,9%

Número total de UBS avaliadas em ambos os ciclos do PMAQ-AB = 23.022.

*Número total de UBS avaliadas com consultório odontológico em ambos os ciclos do PMAQ-AB = 9.823.

Fonte: Brasil (2008; 2012; 2015b).

Sobre a quantidade de ambientes nas UBSs, por porte populacional:

No que se refere à adequação das UBSs com base na quantidade de ambientes presentes por porte populacional, nota-se, de acordo com o Quadro 3, que, do 1º para o 2º ciclo, as UBSs com uma três ambientes diminuíram no Brasil e nos portes populacionais. Sendo que a maior redução ocorreu nos três primeiros portes. Com relação às UBSs que possuem consultório odontológico, aconteceu o mesmo, e os resultados mostram que quanto maior o porte populacional, menor a redução de unidades com um a três ambientes (ver Quadro 3).

Conforme o Quadro 3, do 1º para o 2º ciclo, as UBSs com quatro a seis ambientes também reduziram em todos os portes e no Brasil. A diminuição foi verificada com mais intensidade nos portes 3 e 4. No caso dessas UBSs que possuem o consultório odontológico, a redução foi maior nos portes 3 e 4 e menor no último porte, em que o resultado foi cerca de sete vezes menor que o do Brasil.

Ainda de acordo com o Quadro 3, as UBSs com sete a nove ambientes e as com todos os ambientes (nove ou dez) cresceram em todos os portes e no Brasil, de um ciclo para o outro. O maior aumento ocorreu nos portes 2 e 3 e o menor aumento, no último porte, que foi cerca de seis vezes menor que o resultado para o Brasil. O mesmo pode ser visto para as unidades com consultório odontológico. A diferença foi que, para estas, o menor aumento foi no último porte, onde também foi cerca de seis vezes menor que o do Brasil.

De um ciclo para o outro, as UBSs que possuem todos os nove ambientes (exceto consultório odontológico) recomendados aumentaram nos portes 1, 2, 3 e 4 mais que o resultado nacional; porém, quanto maior o porte, menor foi o aumento. As unidades que possuem consultório odontológico aumentaram em todos os portes e no Brasil. No porte 6, o aumento foi duas vezes menor que o nacional. Assim, quanto maior o porte, menor o aumento de UBSs com todos os ambientes (ver Quadro 3).

Quadro 3 - Percentual de UBSs nos ciclos do PMAQ-AB considerando a quantidade de ambientes recomendados no Manual de Estrutura Física das UBSs, por porte populacional, 2012 e 2014.

Quantidade de ambientes	Tipo de UBSs	Ciclo	Porte populacional						
			1	2	3	4	5	6	
			Até 10.000 habitantes	10.001 Até 20.000 habitantes	20.001 Até 50.000 habitantes	50.001 Até 100.000 habitantes	100.001 Até 500.000 habitantes	Mais de 500.000 habitantes	Brasil
De um a três ambientes	SemCO	1º	9,1%	10,5%	7,7%	4,6%	3,9%	8,4%	7,5%
		2º	2,9%	2,7%	2,2%	1,3%	1,5%	4,9%	2,4%
	ComCO	1º	6,8%	6,8%	5,0%	3,5%	2,7%	1,6%	5,0%
		2º	1,9%	1,3%	1,6%	1,2%	0,9%	0,8%	1,4%
De quatro a seis ambientes	SemCO	1º	40,5%	53,3%	54,8%	52,2%	43,9%	29,0%	47,7%
		2º	31,2%	40,5%	37,9%	35,7%	29,5%	24,1%	34,4%
	ComCO	1º	37,9%	51,3%	51,0%	47,1%	38,0%	20,1%	44,2%
		2º	26,7%	35,0%	31,8%	29,6%	23,9%	17,9%	29,2%
De sete a nove ambientes	SemCO	1º	50,5%	36,2%	37,5%	43,2%	52,2%	62,6%	44,8%
		2º	65,9%	56,8%	59,9%	62,9%	69,0%	71,0%	63,2%
	ComCO	1º	55,4%	41,9%	44,0%	49,5%	59,3%	78,3%	50,8%
		2º	71,4%	63,8%	66,6%	69,2%	75,2%	81,3%	69,4%
Nove ambientes	SemCO	1º	10,1%	4,8%	5,1%	7,1%	10,9%	21,5%	8,6%
		2º	14,0%	8,0%	9,2%	10,4%	13,4%	18,9%	11,5%
Dez ambientes	ComCO	1º	7,3%	3,7%	3,9%	5,3%	9,5%	20,6%	7,1%
		2º	15,7%	9,7%	10,7%	12,1%	15,8%	23,6%	13,2%

Número total de UBSs avaliadas em ambos os ciclos do PMAQ-AB = 23.022.

*Número total de UBSs avaliadas com consultório odontológico (CO) em ambos os ciclos do PMAQ-AB = 9.823.

Fonte: Brasil (2008; 2012; 2015b).

Sobre as características estruturais das UBSs por região do país (Quadro 4):

● Metade dos ambientes recomendados no Manual de Estrutura Física das UBSs aumentou em todas as regiões do país, são eles: consultório odontológico, sala de curativos/procedimentos, sala de vacina, sala de nebulização e sanitários.

● Assim como ocorreu com os portes populacionais, os resultados mostram que o consultório também reduziu nas UBSs, em todas as regiões do país, porém a maior redução foi no Norte e a menor redução foi no Sudeste.

● Os ambientes que os resultados mais variaram de um ciclo para o outro, considerando as regiões do país, foram os sanitários e a sala de nebulização. Os espaços que menos sofreram variação foram o consultório e o banheiro para funcionários.

● Em todas as regiões, o consultório odontológico e a sala de nebulização apresentaram aumentos significativos.

● Na região Sul, houve maior aumento em relação à sala de nebulização, ao consultório odontológico, à sala de armazenamento temporário de resíduos (expurgo) e ao banheiro para funcionários.

● Na região Nordeste, observaram-se maiores aumentos de sala de vacina, sala de curativos/procedimentos e sala de reunião e atividades educativas.

● No norte do país aumentou o número de os sanitários e de salas de recepção e espera nas UBSs.

● A maior parte dos ambientes que foram reduzidos nas UBSs está no Centro-Oeste: sala de armazenamento temporário de resíduos (expurgo), consultório e sala de recepção e espera.

●O Sudeste, comparando os resultados gerais com os de outras regiões do país, não apresentou destaque para um ou para outro ambiente específico. Nessa região, em particular, houve aumento importante de UBSs com consultório odontológico e sala de nebulização; e maior redução de UBSs com sanitários e salas de reunião e atividades educativas, de um ciclo para o outro.

Quadro 4 - Percentual de UBSs por ciclos do PMAQ-AB de acordo com os ambientes recomendados no Manual de Estrutura Física das UBSs, por região do país, 2012 e 2014.

Ambiente	Ciclo	Região do país					
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
Salas de armazenamento temporário de resíduos (expurgo)	1º	14,3%	17,6%	39,6%	40,9%	33,3%	28,7%
	2º	15,6%	15,7%	34,7%	44,3%	24,2%	26,3%
Banheiros para funcionários	1º	82,4%	83,6%	92,7%	92,8%	92,2%	88,3%
	2º	77,2%	78,3%	91,4%	94,5%	90,9%	85,6%
Consultórios	1º	97,5%	98,8%	98,5%	99,5%	99,1%	98,7%
	2º	96,0%	97,4%	98,3%	98,9%	98,1%	97,9%
Consultórios odontológicos*	1º	18,1%	28,0%	23,5%	24,6%	28,8%	25,3%
	2º	34,4%	42,3%	39,2%	43,1%	41,3%	40,8%
Salas de recepção e espera	1º	80,8%	87,3%	94,9%	96,0%	96,2%	91,2%
	2º	92,5%	97,0%	96,6%	98,0%	95,6%	96,6%
Salas de curativos/procedimentos	1º	78,4%	82,7%	88,5%	91,3%	89,3%	86,0%
	2º	84,6%	92,1%	94,1%	96,7%	92,4%	92,9%
Salas de vacina	1º	73,8%	77,2%	71,8%	80,9%	80,6%	76,2%
	2º	79,6%	87,0%	75,9%	83,0%	83,0%	82,3%
Salas de reunião e atividades educativas	1º	21,7%	25,5%	57,7%	51,7%	43,7%	40,3%
	2º	26,9%	34,0%	51,3%	53,5%	40,5%	42,1%
Salas de nebulização	1º	16,0%	16,8%	36,5%	36,0%	37,4%	27,2%
	2º	48,9%	56,1%	67,9%	80,5%	64,0%	63,4%
Sanitários	1º	64,0%	79,4%	88,6%	74,8%	86,0%	80,9%
	2º	92,7%	96,0%	98,2%	98,6%	97,8%	96,9%

Número total de UBSs avaliadas em ambos os ciclos do PMAQ-AB = 23.022.

*Número total de UBSs avaliadas com consultório odontológico, em ambos os ciclos do PMAQ-AB = 9.823.

Fonte: Brasil (2008; 2012; 2015b).

Sobre a quantidade de ambientes nas UBSs por região do país:

O Quadro 5 apresenta o percentual de adequação das UBSs segundo a quantidade de ambientes presentes por região do país. Observou-se que as UBSs com uma três ambientes e quatro a seis ambientes diminuíram em todas as regiões do país e nacionalmente, do primeiro para o segundo ciclo do PMAQ-AB. Os resultados revelam que a redução foi mais intensa nas regiões Norte e Nordeste, com percentuais acima do restante do Brasil. Esses tipos de UBS com consultório odontológico seguiram o mesmo padrão nas regiões e no Brasil.

As UBSs com sete a nove ambientes e as que possuem os nove ambientes aumentaram em todas as regiões do país e no Brasil, de um ciclo para o outro, especialmente no Norte e no Nordeste. Destaca-se que as UBSs que têm todos os ambientes recomendados pelo MS estão principalmente no sul do país, que apresentou aumento pelo menos três vezes maior que o nacional. Ainda sobre essas unidades, mas que possuem o consultório odontológico, apenas na região Centro-Oeste não houve crescimento, e a região Sul, mais uma vez, desponta com crescimento que alcançou mais que o dobro do verificado para o Brasil (ver Quadro 4).

Quadro 5 - Percentual de UBSs por ciclos do PMAQ-AB que possuem todos os ambientes recomendados no Manual de Estrutura Física das UBSs, por região do país, 2012 e 2014.

Quantidade de ambientes	Tipo de UBS	ciclo	Região do país					
			Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
De uma três ambientes	SemCO	1º	16,1%	10,5%	4,6%	3,3%	3,5%	7,5%
		2º	7,4%	2,9%	1,6%	,8%	2,2%	2,4%
	ComCO	1º	7,2%	7,0%	3,6%	2,3%	2,7%	5,0%
		2º	1,9%	2,0%	0,7%	0,6%	1,9%	1,4%
De quatro a seis ambientes	SemCO	1º	58,8%	57,7%	36,6%	40,0%	43,3%	47,7%
		2º	46,3%	42,6%	29,4%	17,7%	33,0%	34,4%
	ComCO	1º	55,1%	55,3%	31,7%	37,9%	35,9%	44,2%
		2º	38,4%	36,6%	24,4%	16,0%	26,9%	29,2%
De sete a nove ambientes	SemCO	1º	25,1%	31,8%	58,8%	56,8%	53,2%	44,8%
		2º	46,4%	54,5%	69,1%	81,6%	64,8%	63,2%
	ComCO	1º	37,7%	37,7%	64,7%	59,8%	61,4%	50,8%
		2º	59,7%	61,5%	74,9%	83,3%	71,2%	69,4%
Nove ambientes	SemCO	1º	2,0%	3,6%	14,3%	12,1%	11,7%	8,6%
		2º	4,9%	6,5%	15,2%	21,6%	8,7%	11,5%
Dez ambientes	ComCO	1º	1,7%	2,9%	12,3%	8,3%	10,3%	7,1%
		2º	7,6%	7,9%	17,5%	23,4%	9,6%	13,2%

Número total de UBSs avaliadas em ambos os ciclos do PMAQ-AB = 23.022.

*Número total de UBSs avaliadas com consultório odontológico (CO) em ambos os ciclos do PMAQ-AB = 9.823.

Fonte: Brasil (2008; 2012; 2015b).

A maior parte dos ambientes avaliados aumentou nas UBSs do Brasil. No geral, observou-se que as UBSs com menos ambientes reduziram-se no país (nos portes e nas regiões) e, conseqüentemente, as unidades mais adequadas foram aumentando. Um bom exemplo é que as unidades com menos ambientes foram diminuindo no Norte e no Nordeste, e, ao mesmo tempo, foram gradativamente aumentando as que possuem mais ambientes. Esse aumento também houve em outras regiões do país; no entanto, pode ter sido menor porque já possuíam uma certa quantidade

de UBSs mais adequadas, ou, ainda, porque o investimento nesse sentido foi menos explorado.

No Brasil, apesar de não passar de 15% o percentual de UBSs que têm todos os ambientes (nove ou dez), vimos que estas aumentaram, respectivamente, uma, 1, 8 e três vezes de um ciclo para o outro. A sala de nebulização e o sanitário foram os ambientes que mais passaram a existir nas UBSs, apresentando maiores aumentos percentuais do 1º para o 2º ciclo. Entretanto, o ambiente mais encontrado nas UBSs foi o consultório, em ambos os ciclos, mesmo com os resultados mostrando que houve redução desse espaço de um ciclo para o outro; na sequência, destacou-se a sala de recepção e espera.

A redução de consultório nas UBSs, mesmo que pequena, é um sinal de alerta, pois este é um espaço fundamental para desenvolvimento das atividades clínicas que também são importantes para melhoria do acesso e da resolutividade da AB. Como este estudo não avalia a quantidade de consultórios por UBSs, mas sim a sua existência, é importante ressaltar que a quantidade de consultórios deve estar adequada aos profissionais existentes nas equipes, conforme destaca o Manual de Estrutura Física.

Na pesquisa realizada por Fachinni et al. (2006), observou-se que todas as UBSs visitadas possuíam sala de recepção, porém a maior parte apresentou problemas de ambiência. Os nossos achados mostram que a sala de recepção é o segundo ambiente mais presente nas UBSs, estando em cerca de 97% das unidades, seja por região do país ou porte populacional. Contudo, mesmo não avaliando questões de ambiência, podemos dizer que, embora seja elevado o número de unidades com esse ambiente, ainda existem prédios inadequados para receber os usuários e proporcionar melhor organização da equipe.

Sobre a sala de nebulização, Gervás e Fernández (2011) observaram que, em alguns lugares do Brasil, existiam salas bem organizadas e equipadas, e em outros locais essas salas desapareceram. Os resultados deste estudo mostram, de forma geral, que a sala de nebulização foi um dos ambientes que teve variação nos resultados, estando mais presente no Sul e no Sudeste do país. Todavia, os achados sinalizam uma mudança positiva desse cenário, já que houve maior crescimento desse espaço em UBSs de outras regiões.

Entretanto, o aumento de ambientes específicos em algumas regiões ou localidades pode estar relacionado ao perfil epidemiológico e/ou à ampliação da oferta de ações da eAB. Além disso, a ampliação dos espaços das UBSs pode significar evolução na alocação de recursos para melhoria da estrutura física, que é um avanço, entendendo a relação que a estrutura tem com os processos e com os resultados esperados da AB. Segundo Starfield (2004), a capacidade de um sistema de saúde é o que propicia a prestação de serviços, que corresponde aos elementos necessários para o desenvolvimento de ações, como as instalações e os equipamentos. Logo, as condições estruturais do prédio e seus componentes físicos estão inclusos nesse componente.

Por outro lado, observou-se que os ambientes mais ausentes nas UBSs foram a sala de armazenamento temporário de resíduos (expurgo), seguida da sala de reunião e atividades educativas. Como este estudo toma as mesmas UBSs avaliadas no Censo/PMAQ-AB, no 1º e 2º ciclo, a redução de ambientes é um resultado negativo, considerando que uma UBS que possuía o ambiente passou a não tê-lo mais. Nesse sentido, o Centro-Oeste foi a região que mais apresentou redução de ambientes.

Esta pesquisa mostra que a sala de reunião e atividades educativas foi um dos espaços menos presentes

nas UBSs, mas que aumentou nas unidades do Nordeste e que continuam mais presentes no Sul. Fachinni et al. (2006) já haviam observado a maior disponibilidade de sala de reunião nas regiões Sul e Nordeste e concluído que isso possibilita mais espaço na UBS para atividades não médicas centradas e que contribuam para o melhor desempenho de ações programáticas e gestão do serviço. Sobre o assunto, Moura et al. (2010) destacam que a ausência de sala de reunião em grande parte das unidades pode dificultar a realização de atividades coletivas com a comunidade e a articulação das práticas de planejamento e avaliação entre os profissionais das equipes.

No estudo realizado por Moura et al. (2010), que avaliou a estrutura física de unidades de saúde da AB, ficaram evidentes as deficiências na estrutura física desses estabelecimentos, já que a maior parte das unidades avaliadas não apresentava todos os itens observados, muitas com elevado percentual de ausência de dependências básicas. Outros estudos (FAUSTO; FONSECA, 2013; GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2011; ROCHA et al., 2012; VIEIRA; CRUZ; CUNHA, 2013) também identificaram a ausência ou inadequação de ambientes essenciais nas UBSs para atendimento clínico e realização de procedimentos; realização de atividades coletivas (reuniões ou atividades educativas); armazenamento de prontuários; acondicionamento de medicamentos básicos; descarte, limpeza/esterilização ou estocagem de materiais e resíduos sólidos.

Segundo Cavalcanti, Oliveira Neto e Sousa (2015), a reforma das unidades de saúde foi um dos principais desafios para a qualificação da AB municipal apontados pelos gestores da AB em 2011. Esse problema ficou evidente em nível nacional, região do país e estrato de municípios (agregado formado pelo conjunto de municípios

com características socioeconômicas, demográficas e populacionais semelhantes), especialmente nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste e nos municípios de estratos mais baixos, que dispõem de condições socioeconômicas e demográficas mais precárias, apontando para uma questão complexa para os gestores, o financiamento.

Essa questão também foi apontada por Giovanella et al. (2015), no estudo em que propõem uma tipologia das UBSs brasileiras, sendo estas classificadas em tipo I e consideradas reprovadas por não possuírem estrutura de serviço de saúde e por não apresentarem condições de funcionamento. São UBSs com precárias condições de infraestrutura e que deveriam ser fechadas ou interditadas até passar por uma reforma completa. Essas unidades estão localizadas principalmente em municípios pequenos, na Rede de Atenção à Saúde (RAS) com baixo desenvolvimento socioeconômico (DSE) e nas regiões Norte e Nordeste, mas também estão presentes em elevadas quantidade em estados das regiões Sudeste e Sul.

As autoras (GIOVANELLA et al., 2015) também identificaram a existência de UBSs Tipo 3, caracterizadas pela insuficiência de equipamentos e de equipe de saúde. São UBSs que têm deficiência de prestação de ações de saúde bucal, onde apenas 24% têm equipes com saúde bucal e 36% trabalham com cirurgião-dentista. Em relação à saúde bucal, vale destacar que o consultório odontológico aumentou em mais de 60% nas UBSs do Brasil que possuem equipes cadastradas no CNES com saúde bucal. Contudo, ainda há muito para avançar, já que a maior parte dessas unidades está na região Sul do país e a característica de crescimento nos portes populacionais segue uma lógica inversamente proporcional: quanto menor o porte populacional, maior o aumento desse ambiente nas unidades.

A ampliação de UBSs com consultório odontológico é um ponto que merece reflexão, pois esse crescimento pode ter sido alavancado pelo aumento da cobertura de saúde bucal nos últimos anos. Desde a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (2004), houve um crescimento constante de eABs com saúde bucal no país. Um estímulo importante foi a Portaria 673, de junho de 2003, que permitiu a equiparação numérica de equipes de saúde da família e de saúde bucal na proporção de 1:1, relação que antes era de 1:2. Outro fator que favoreceu a implantação foi o Plano de Fornecimento de Equipamentos Odontológicos, em vigor desde 2009. Assim, a escalada partiu de 6.170 equipes com saúde bucal em 2003 para 19.117 em 2010 (PUCCA et al., 2010) antes da primeira avaliação do PMAQ-AB. No ano de 2014, esse número alcançou 25.279 equipes, mostrando que em 12 anos o crescimento foi de mais de 400%. (BRASIL, 2015a)

Segundo Giovanella et al. (2015), as UBSs em Tipo 5 (padrão de referência elementar e provisório) dispõem de condições elementares para funcionamento e prestação de escopo de ações da AB e localizam-se mais frequentemente nas RASs com mais alto DSE e alta oferta de serviços. No entanto, sua distribuição nos municípios, segundo o porte populacional, evidencia que estão mais presentes nos municípios de portes extremos: nos maiores, com mais de 500 mil habitantes, e nos menores, com até 10 mil habitantes. Fazendo uma certa comparação com nosso estudo e aceitando, provisoriamente, que as UBSs que têm nove ambientes são as mais adequadas, também foi constatado que estas estão mais presentes em portes extremos.

De acordo com Fachinni et al. (2006), a estrutura física das unidades de saúde da AB se destaca por sua precariedade e improvisação. Sobre o assunto, Gervás

e Fernández(2011) realizaram uma pesquisa sobre a AB no Brasil, que revelou um paradoxo no que diz respeito à estrutura física das unidades de saúde, uma vez que algumas construções estavam bem adequadas ao trabalho na AB; ao passo que outras apresentavam instalações físicas que não mereceriam ser chamadas de centro de saúde.

Os autores explicam que algumas unidades visitadas em diversas regiões do país são bons exemplos, pois possuem estrutura que responde a um desenho arquitetônico apropriado à AB, capaz de facilitar o atendimento à população, com espaços distintos e bem sinalizados. No entanto, outros edifícios são adaptações de pequenas casas em que vários profissionais compartilham o trabalho e, ainda, existem outros em que os profissionais deveriam se recusar a trabalhar, dadas a escassez e as condições mínimas de trabalho. (GERVÁS; FERNÁNDEZ, 2011)

Moura et al. (2010) também destacam o problema de muitas unidades não se encontrarem sediadas em estruturas físicas construídas para tal fim, como casas adaptadas, que não atendem às normas preconizadas para o funcionamento de serviços de saúde. Para estas, as limitações observadas interferem na realização de diversas atividades e levam ao compartilhamento de espaços que ferem as normas de biossegurança.

Em concordância com outros estudos, este trabalho revela que, atualmente, a maior parte das UBSs não possui padrões elementares para funcionamento, pois ainda persiste uma quantidade significativa de unidades com poucos ambientes dos que são recomendados pelo MS. Embora seja possível afirmar que nas últimas décadas o investimento na AB tenha se ampliado, ainda não foi possível superar deficiências estruturais. Todavia, consideramos que os resultados encontrados ainda são alarmantes, mas já avançaram, ressaltando que são possíveis de ser melhorados com ações concretas.

Considerações finais

Este estudo mostra que a adequação da estrutura física das UBSs desponta como uma questão central na agenda de gestores, trabalhadores de saúde e usuários. Os resultados revelam a ausência de diversos ambientes básicos e as precárias condições de funcionamento das unidades de saúde, o que dificulta a realização das ações de saúde pelas eABs e transmite uma imagem à população de serviço de baixa qualidade.

Além disso, permite refletir sobre algumas questões importantes, que podem ser alvo de novos estudos sobre o tema. Será que uma UBS com poucos ambientes pode proporcionar uma AB de qualidade? Quais seriam os ambientes mínimos? São estes recomendados no manual do MS ou haveria outros? Com que base é definida a estrutura adequada de um prédio em que funcionará um serviço de AB? Está se relacionando o que a equipe oferta ao que é preciso de estrutura na unidade?

O governo federal tem se esforçado no sentido de melhorar a infraestrutura das UBSs, por meio do repasse de recursos destinadas a obras de reforma, ampliação, construção, a partir do programa Requalifica UBS. Apesar de reconhecermos iniciativas como o Requalifica, de abrangência nacional e com considerável volume de recursos envolvidos, podemos afirmar que há um abismo enorme entre o que foi encontrado na pesquisa e o que está definido para a estrutura física das UBSs no Manual de Estrutura Física das UBSs.

Contudo, é fundamental o reconhecimento da situação das UBSs no país e a implementação e articulação de diferentes ações com maior investimento tripartite para induzir mais rapidamente um processo de melhoria das unidades de saúde da AB. Para isso, é importante

a concretização de compromissos entre os governos federal, estadual e municipal para o desenvolvimento da AB. A saúde no Brasil é um projeto que envolve todos os níveis políticos, não só o federal, e as decisões finais são dos políticos dos municípios, o que pode ser uma das vantagens (e desvantagens) da descentralização. (GERVÁS; FERNÁNDEZ, 2011)

Isso reforça a necessidade de os gestores continuarem investindo nas unidades de saúde, negociando de forma tripartite os recursos e definindo as prioridades de adequação, sobretudo em função dos programas e políticas atuais da AB. Para isso, além de iniciativas que visam a facilitar a execução da política em parceria com os gestores municipais, é importante a incorporação do monitoramento e avaliação como um componente importante para a tomada de decisão.

A divulgação dos achados relacionados a uma pesquisa de proporções vultuosas como a do Censo da UBS e a avaliação do PMAQ-AB é fundamental, podendo ser útil para auxiliar os diversos atores do SUS a fazerem um debate e pactuarem soluções para a melhoria dos serviços. O que pode dar transparência aos resultados alcançados pelas políticas públicas, auxiliando no aprimoramento de programas como o Requalifica UBS.

Nesse sentido, espera-se que os resultados apresentados neste estudo, que tem um certo ineditismo de analisar dados de um número enorme de UBSs e fazer comparação em períodos diferentes do tempo—mesmo considerando o curto espaço de tempo entre a coleta dos dados—, possam contribuir para a tomada de decisão e orientar ações governamentais que busquem transformar ainda mais o cenário atual das unidades da AB.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília - Versão 2-Atualização (Série A. Normas e Manuais Técnicos): il, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**: saúde da família (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2.ed. Brasil: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento síntese para avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2.206**, de 14 de setembro de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. Brasília, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2.554**, de 28 de outubro de 2011. Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Brasília, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você - Acesso e Qualidade**: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - versão preliminar (Série A. Normas e manuais técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2012: il.

_____. Portal do Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da Saúde da Família**. 2015a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 02/12/2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você - Acesso e Qualidade**: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - versão preliminar (Série A. Normas e manuais técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

CAVALCANTI, P.C.S.; OLIVEIRA NETO, A.V.; SOUSA, M.F. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? **Saúde Debate** [online], 2015, v.39, n.105, p.323-336.

FACCHINI, L.A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], 2006, v.11, n.3, p.669-681.

_____.; L.A. et al. Os sentidos da pesquisa nos processos organizativos da Estratégia Saúde da Família. In: SOUZA, M.F. de; FRANCO, M. da S.; MENDONÇA, A.V.M. (org.). **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas: Saberes Editora, 2014.

FAUSTO, M.C.R; FONSECA, H.S. (org). **Rotas da atenção básica no Brasil:** experiências do trabalho de campo PMAQ-AB. Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2013.

_____.; MENDONÇA, M.H.M; GIOVANELLA, L. Experiências de avaliação da Atenção Básica no Brasil: notas para um debate. In: FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. (org). **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ- AB.** Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2013, p. 291-311.

GERVÁS, J.; FERNÁNDEZ, M.P. Uma atenção primária forte no Brasil. Relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da Estratégia de Saúde da Família, 2011. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf> Acesso em: 15/05/2014.

GIOVANELLA, L. et al. **Nota técnica 5/2015** - Tipologia das Unidades Básicas de Saúde Brasileiras, 2015.

MOURA, B.L.A. et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** [online], 2010, vol.10, suppl.1, p. 69-81.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, London, p.11-31, maio, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancetcom/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>> Acesso em: 31/03/2014.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.N.A.; FLORÊNCIO, A.R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **RECIIS: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde.** 2012, ago., v.6, n.2 (Supl.).

Disponível em: <file:///C:/Users/Aristides/Downloads/624-3458-2-PB.pdf>. Acesso em: 15/03/2014.

PUCCA, Jr.G.A.; LUVISON, I.; BALDISSEROTTO J.; WARMLING, C.M. Política Nacional de Saúde Bucal: metas e resultados. **Bol. Saúde (RS)**, 2010 jan/jun; v.24, n.1, p.117- 26.

ROCHA, A.C.D.; SOUSA, C.P.C.; QUEIROZ, D.; FIGUEROA, D. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. **RAS**, abr./jun., 2012, v.14, n.54, p.71-79.

SIQUEIRA, F.C.V. et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das Unidades Básicas de Saúde em sete estados do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, jan./fev. 2009, v.14, n.1, p.39-44. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100009&script=sci_arttext>. Acesso em: 25/05/2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2004.

VIEIRA, A.M.P.; CRUZ, A.P.F.; CUNHA, V.F. Assistência farmacêutica em Unidades Básicas de Saúde do município de Parnamirim - RN. **Revista Científica da Escola da Saúde**, out. 2012/mar. 2013, ano 2, n.1, p.35-49.

SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA: avaliação segundo os profissionais da atenção básica participantes do 1º ciclo do PMAQ-AB na região Nordeste

*Ane Polline Lacerda Protasio
Polyana Barbosa da Silva
Edmilson Calixto de Lima
Luciano Bezerra Gomes
Liliane dos Santos Machado
Ana Maria Gondim Valença*

O conceito da “Integralidade” discutido pelo Movimento pela Reforma Sanitária, na década de 1980, foi estabelecido como princípio na Lei 8.080/1990. (BRASIL, 1990) Em tal legislação, concebe-se a integralidade como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Para além da intenção de se identificar um modo mais adequado de definir integralidade, devemos observar os efeitos que decorrem de distintas maneiras de se construir as relações entre trabalhadores e serviços, visando a garantir atenção o mais ampla possível aos usuários.

De certa forma, precisa-se reconhecer que sempre disputamos diferentes sentidos para esse conceito. Deve-se, então, problematizar a maneira como tem se dado a operacionalização no Sistema Único de Saúde (SUS) do que define a Constituição Federal do Brasil de 1988. Esta estabeleceu que as ações e os serviços públicos de saúde pertencem a um sistema único organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, e integram a uma rede regionalizada e hierarquizada de saúde. (BRASIL, 1990) Para algumas perspectivas, é importante construir essa rede tendo em vista a resolubilidade nos serviços de saúde a partir da perspectiva, por exemplo, de que o nível secundário de atenção à saúde tem de assegurar o acesso dos usuários a consultas e exames especializados, indispensáveis para a continuidade do cuidado realizado na Atenção Primária à Saúde (APS). (SERRA; RODRIGUES, 2010) Para essas formulações, um desafio fundamental para os serviços é ter um modelo de assistência que possui como base fluxos ascendentes e descendentes de usuários acessando níveis diferenciados de complexidade tecnológica, em processos articulados de referência e contrarreferência. (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008)

Tais concepções foram centrais em muitas experiências de implantação de redes de saúde. Entretanto, críticas a elas e a outras maneiras de pensar as articulações entre os serviços para garantir a integralidade vêm sendo feitas por diversos autores. Eles consideram que as diretrizes de regionalização da rede e hierarquização dos serviços não devem ser rígidas, pois devem potencializar a resolubilidade do sistema, e não dificultá-la. (PINHEIRO; MATTOS, 2006) Para esses autores, os serviços deveriam construir uma rede complexa em que se conectem diversos serviços de saúde e instituições de outros setores, sendo a garantia

do acesso uma responsabilidade do sistema e não fruto de uma luta individual de cada usuário. Entretanto, nessas redes de cuidado progressivos, todos os serviços devem ser vistos como pontos de conexão e potenciais portas de entrada e de interlocução para promover o cuidado integral no sistema. (CECILIO, 1997; CECILIO et al., 2012; PINHEIRO; MATTOS, 2006)

Essas concepções apontam para a necessidade de se superar a compreensão de que a atenção básica representa a porta de entrada preferencial do sistema. (CECILIO et al., 2012; FEUERWERKER, 2005) Tais críticas colocam desafios para além da definição presente no Decreto 7508, de junho de 2011 (BRASIL, 2011), que, entre outras regulamentações, define como portas de entrada a APS, serviços de atenção psicossocial e de urgência e emergência, além de alguns estabelecimentos de acesso especial. Para alguns autores, cada local em que as pessoas são atendidas deve ser visto como uma porta de entrada em potencial do sistema, onde podem ser identificadas necessidades que exigem acompanhamento ao longo do tempo. (CECILIO, 1997) Indo além, cada um de nós, profissionais de saúde, independentemente do serviço em que trabalhemos, deveria se ver enquanto uma porta de entrada do sistema. (PINHEIRO; MATTOS, 2006)

Enfim, certas maneiras de pensar as redes de saúde apostam na necessidade de se agregarem, para além da articulação formal entre os serviços, outros arranjos construídos a partir das atuações dos próprios usuários. (CECILIO et al., 2014) Nesse sentido, não apenas os usuários disputam a construção das redes formais, como constroem redes vivas de conexões a partir de suas trajetórias singulares de vida, onde constroem arranjos precários e provisórios, mas intensamente produtores de cuidado. (MERHY et al., 2014)

Sem a intenção de esgotarmos esse debate, intentamos apenas deixar claro que, nessa ordem de ideias, o atendimento integral à saúde ultrapassa a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência, prolongando-se pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde. (MACHADO et al., 2007)

O problema da integralidade da atenção se torna mais evidente diante da fragmentação dos modelos assistenciais em implantação, e a integração dos serviços de saúde aparece como característica intrínseca às reformas das políticas públicas fundamentadas na APS. Os sistemas fragmentados de atenção à saúde são estruturados sob pontos de atenção à saúde isolados e sem comunicação uns com os outros, tornando-se incapazes de promover um cuidado continuado à população. Em tal contexto, a atenção primária à saúde não se articula fluidamente com os outros serviços, não havendo efetiva responsabilização do cuidado. (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004)

No Brasil, a introdução da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no SUS se afirmou como medida de reorientação da atenção primária e porta de entrada acolhedora e resolutiva para o conjunto das necessidades de saúde. Sendo, assim, proposta como a coordenadora da continuidade do cuidado das redes de atenção. Desde a sua criação, em 1994, com o Programa Saúde da Família, identifica-se um gradativo aumento de cobertura das equipes de saúde da família em todos os estados da federação. Em abril de 2015 havia, segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, 5.388 municípios com ESF, 48.113 equipes credenciadas pelo Ministério da Saúde e uma cobertura populacional estimada de 61,32%. (BRASIL, 2015) Um expressivo número de equipes em todo o território nacional demandaria um esforço intenso de produção de

redes regionais para que se pudesse garantir a continuidade do cuidado dos usuários que necessitam complementar sua atenção em diversos serviços especializados.

É evidente que, para superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde, é preciso forte decisão dos gestores do SUS enquanto protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde. Também é fundamental apostar no protagonismo dos trabalhadores, instituindo formas de gestão compartilhada e coletiva, explicitando as disputas e construindo pactos provisórios para o funcionamento dos serviços, em espaços onde a micropolítica do cuidado possa ser trabalhada coletivamente. (CAMPOS, 2000; MERHY, 2003; MERHY; ONOCKO, 2002)

Afirmando o intuito de melhorar a qualidade do atendimento e ampliar a oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do SUS, aumentando as possibilidades de pactuação entre trabalhadores e gestores, o governo federal criou, em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Está organizado em quatro fases: 1) adesão e contratualização; 2) desenvolvimento; 3) avaliação externa; e 4) recontratualização. Sua intenção é que tais etapas se complementem, formando um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (AB). (BRASIL, 2012)

A terceira fase, a avaliação externa, permite a certificação do desempenho das equipes de saúde, por meio do monitoramento dos indicadores contratualizados e da verificação de um conjunto de padrões de qualidade no próprio local de atuação dessas equipes, além de um levantamento de informações. Entre muitos aspectos, as avaliações contemplam um olhar para a rede local de saúde, a partir da perspectiva das equipes de atenção

básica e de uma avaliação da satisfação do usuário. (BRASIL, 2012) Os dados sobre a articulação e integração da AB com outras redes buscam identificar fluxos de referência e contrarreferência, na intenção de compreender como é concretizado o princípio da integralidade da atenção básica no âmbito do SUS. Este estudo descreve as características da organização, da articulação e da assistência na região Nordeste, a partir do olhar dos profissionais de saúde acerca da referência e contrarreferência, com base no 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB.

Percurso metodológico

Realizou-se um estudo do tipo transversal a partir do banco de dados produzido pelo Ministério da Saúde proveniente do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB, realizado no ano de 2012 e no primeiro semestre de 2013. Utilizou-se o Instrumento Avaliação Externa - Saúde Mais Perto de Você, mais especificamente o Módulo II. Neste, um profissional de cada equipe de atenção básica contratualizada foi entrevistado, visando à obtenção de informações sobre o processo de trabalho da equipe e sobre a organização do cuidado com o usuário. Nessa etapa, houve também a verificação dos documentos na Unidade Básica de Saúde (UBS). Foram entrevistados 5.559 profissionais na região Nordeste do Brasil, foco dessa pesquisa, o que corresponde a 32,3% dos entrevistados no país. Diversas instituições de ensino e pesquisa realizaram a coleta dos dados nessa região, sendo os autores deste artigo parte da equipe responsável pela Avaliação Externa do PMAQ-AB na Paraíba.

Para conhecer a articulação e integração da referência e contrarreferência dos serviços de saúde do Nordeste,

foram analisadas, nesse estudo, questões específicas que englobam as seguintes dimensões:

1. Equipe de atenção básica como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde: formas de encaminhamento para consulta especializada; registro de usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção e comprovação; existência de protocolos orientadores de prioridade para encaminhamento; existência de protocolos com diretrizes terapêuticas e comprovação;

2. Integração da Rede de Atenção à Saúde - ordenamento e definição de fluxos: existência de central de regulação para marcação de consultas especializadas, exames e leitos; existência de fichas de encaminhamentos para demais pontos e comprovação; existência de referências e fluxos pactuados pela gestão municipal para atendimento dos usuários do território; frequência de contatos dos profissionais da AB com especialistas e troca de informações sobre pacientes encaminhados e especialistas com os profissionais de AB; existência de fluxo institucionalizado de comunicação e natureza do mesmo; lista de contatos na UBS para especialistas.

Os dados foram analisados mediante a estatística descritiva, por meio da distribuição absoluta e percentual das respostas.

Apresentando e discutindo os resultados

Dos 5.559 profissionais no Nordeste, foram entrevistados 1.534 (27,6%) na Bahia, 910 (16,4%) no Ceará, 1.009 (18,2%) em Pernambuco, 625 (11,2%) na Paraíba, 412 (7,4%) no Rio Grande do Norte, 371 (6,7%) no Piauí, 339 (6,1%) em Alagoas, 247 (4,4%) em Sergipe e 112 (2,0%) no Maranhão.

Fazendo referência à coordenação do cuidado produzida pela atenção básica na Rede de Atenção à Saúde, foram analisadas as formas de encaminhamento para uma consulta especializada aplicadas pela unidade de saúde, cujos resultados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1: Frequência absoluta e relativa da forma de encaminhamento para uma consulta especializada aplicada pela unidade de saúde, considerando o total de 5.559 equipes de saúde da família do Nordeste.

Forma de encaminhamento para consulta especializada*	<i>f</i>	<i>n</i>
O paciente sai da unidade de saúde com a consulta agendada	17,7	984
A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao paciente	44,5	2473
A consulta é marcada pelo próprio paciente junto à central de marcação de consultas especializadas	48,8	2714
O paciente recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve dirigir-se a determinado serviço ou profissional especializado	42,0	2336
O paciente recebe uma ficha de encaminhamento/referência, sendo orientado a procurar um serviço ou profissional especializado	28,1	1563

* Nessa questão, o usuário poderia responder mais de uma alternativa.
Fonte: Ministério da Saúde, PMAQ-AB (2013).

Esses resultados demonstram que os usuários da região Nordeste encontram dificuldades para acessar atendimento ambulatorial especializado, visto que a maioria dos pacientes não se retira da UBS com a consulta agendada e muitas vezes é necessário seu deslocamento para outros locais fora da unidade. Isso gera grande insatisfação e aumento do tempo médio de espera para continuidade do atendimento.

Tais dados vêm ao encontro do estudo de Fausto et al. (2014) com os dados do PMAQ-AB para o Brasil, os quais observaram que a minoria das equipes de saúde do país refere que seus usuários saem da UBS com consulta especializada agendada e que 1/5 dos usuários relatam que quando precisam ser encaminhados ao especialista recebem uma ficha de encaminhamento e devem procurar pelo serviço indicado. Esses autores concluíram que são evidentes as dificuldades de articulação entre a APS e a atenção especializada no Brasil.

Uma parte dessas dificuldades pode ser atribuída à falta de planejamento e organização das gestões, que deveriam assegurar os fluxos de acesso às ações, diagnósticos e terapêutica adequados. Outra parte, entretanto, deve-se a desafios técnicos e organizacionais ainda não solucionados completamente, relacionados à incapacidade de compatibilizar fluxos tão complexos dos usuários com os arranjos formais de gestão que nosso federalismo impõe. De todo modo, problemas de espera para os demais serviços especializados podem gerar incômodo e ansiedade, sendo possível que a demora por atendimento desencadeie o agravamento do estado patológico primário que levou o indivíduo a procurar o serviço. (CLARES et al., 2011) Ademais, há uma diminuição da credibilidade dos níveis de atenção por parte dos usuários, gerando dificuldades quanto ao tratamento e sua continuidade e interferindo na

efetividade terapêutica, com a menor adesão do usuário às ações recomendados. (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006)

O estudo de Arakawa et al. (2012) registrou, como queixa mais frequente dos usuários, a dificuldade de acesso aos serviços especializados, concordando com outros trabalhos. (CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011; CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010; MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013; 2013; SANTIAGO et al., 2013; VALIUS et al., 2011) Existe uma grande insatisfação com a referência para consulta especializada e com a marcação de consulta na unidade, sendo esta atribuída à falta de organização do serviço de saúde e de garantia de acesso à atenção especializada em tempo oportuno e resolutivo. (SANTIAGO et al., 2013)

Outros fatores importantes observados: em 56,8% (n=3.156) dos casos, a equipe não mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção; 42,5% (n=2.360) referiram que possuíam registro; no entanto, apenas 33,2% (n=1.844) possuem documento que comprove. Quanto às fichas de encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção, 4.681 (n=84,2%) referem possuir, todavia apenas 4.373 (n=78,7%) apresentaram documentos que comprovaram a existência das mesmas. Nota-se que é pouco frequente o registro de informações acerca dos pacientes encaminhados, tanto na UBS como nas fichas de encaminhamento, prejudicando a comunicação entre os profissionais, o que é imprescindível para a realização do diagnóstico e continuidade do tratamento. Esses documentos orientam o serviço que está atendendo o usuário mediante as informações procedentes do local que o encaminhou, relacionadas ao seu estado e evolução.

Tal contexto reforça a perspectiva apontada por Cecilio et al. (2012), para quem, não obstante seja relevante o papel da atenção básica na oferta de cuidado aos usuários, esta não reúne condições materiais (tecnológicas, operacionais, organizacionais) e simbólicas (valores, significados e representações) capazes para assumir um papel preponderante na coordenação das redes temáticas de saúde.

Sobre a existência de protocolos que orientariam a priorização dos casos com necessidade de encaminhamento, 66,3% (n=3.684) das unidades responderam negativamente. Além disso, foi perguntado se havia diretrizes terapêuticas para alguns casos específicos, e as unidades responderam: em 60,7% (n=3.377) existiam para câncer do colo do útero, 55,0% (n= 3057) para câncer de mama, 68,1% (n= 3.786) para pré-natal, 58,9% (n= 3.275) para crianças menores de dois anos, 60,3% (n=3.350) para hipertensão arterial sistêmica, 60,5% (n=3,363) para diabetes mellitus, 66,6% (n=3.701) para tuberculose, 64,2% (n=3.568) para hanseníase, 28,8% (n=1.600) para saúde mental, e 22,8% (n=1.269) para álcool e drogas.

Não obstante haja importantes críticas ao uso de protocolos nos serviços (CARVALHO, 2009; CUNHA, 2005), a definição clara de diretrizes terapêuticas, mesmo que dinâmicas e flexíveis, e a priorização de casos para referenciar a outros pontos da rede de atenção auxiliam na organização do processo de trabalho no cuidado aos usuários. Além de orientarem as Linhas de Cuidado e viabilizarem a comunicação entre as equipes e serviços, programação de ações e padronização de determinados recursos. O Ministério da Saúde, em documento que trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde, ressalta que para uma boa gestão da clínica deve-se realizar a análise da situação de saúde, que tem como

objetivo a identificação e a estratificação de riscos em grupos individuais expostos a determinados fatores e condições que os colocam em situação de prioridade para a dispensação de cuidados de saúde, sejam eles preventivos, promocionais ou assistenciais. (BRASIL, 2010)

Pode-se destacar que a grande maioria das unidades de saúde situadas na região Nordeste não possui diretrizes terapêuticas para algumas linhas de cuidado relativas à saúde mental (69,8%) e a álcool e drogas (75,8%). Esses dados podem mudar gradativamente junto com a atual construção de uma rede de cuidado em saúde mental para atender à demanda de usuários, criada a partir da desinstitucionalização e desospitalização dos chamados manicômios, da instalação dos NAPS, CAPS, residências terapêuticas, emergências psiquiátricas e leitos em hospitais gerais e, posteriormente, dos Centros de Convivência e Cultura. Essas redes também encontram grandes dificuldades para o seu desenvolvimento, e os profissionais de saúde ainda enfrentam dificuldades no processo de trabalho (AZEVEDO; FILHA, 2012), como a referência e a contrarreferência, e a ausência de capacitação e de orientação com maior foco na família. (MARTINS; BRAGA; SOUZA, 2012; ONOCKO-CAMPOS et al., 2012)

Ao se levar em consideração a integração da Rede de Atenção à Saúde quanto ao ordenamento e à definição de fluxos, obtiveram-se os resultados apresentados na Tabela 2.

Tabela 2: Frequência absoluta e relativa quanto ao **ordenamento e à definição de fluxos** aplicados pela unidade de saúde, considerando o total de 5.559 equipes de saúde da família do Nordeste.

Ordenamento e definição de fluxos	f	n
Central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários aos demais pontos de atenção	89,7	4.987
Tipos de central de regulação disponível para: *		
Marcação de consulta especializada	88,9	4.943
Marcação de exames	87,1	4.844
Marcação de leitos	21,6	1.203

* Nessa questão, o usuário poderia responder mais de uma alternativa.
Fonte: Ministério da Saúde, PMAQ-AB (2013)

Esses achados revelam que a maioria dos profissionais refere ter centrais de regulação no Nordeste, principalmente para marcação de consulta especializada. Porém tal fato se contradiz com o resultado de que apenas poucos usuários saem com a consulta agendada quando encaminhados para um especialista, o que pode ser devido à baixa informatização e à pouca descentralização da regulação nas Unidades Básicas de Saúde. É necessário entender que a regulação em saúde tem papel fundamental na organização da oferta dos serviços de saúde de acordo com a necessidade da população. E estabelece competências, fluxos e responsabilidades, a fim de garantir o acesso com qualidade e resolubilidade em todos os níveis de atenção. (CLARES et al., 2011) As centrais de regulação estão dentro dos principais sistemas logísticos da rede de atenção à saúde preconizados pelo Ministério da Saúde, junto com os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários; com o registro eletrônico em saúde; e com os sistemas de transportes sanitários. (BRASIL, 2010) Estas participam do

processo regulatório de oferta e capacidade das unidades e prestadoras de serviços, e são os locais que recebem as solicitações de atendimento, avalia, processa e agenda, garantindo o atendimento integral de forma ágil e de qualidade aos usuários do sistema de saúde. A partir dessa ferramenta de gestão, torna-se possível planejar e distribuir equitativamente os recursos de saúde de uma região, tendo como referência sua respectiva Programação Pactuada Integrada-PPI. (NASCIMENTO et al., 2009)

Dessa forma, devem-se desencadear ações efetivas para qualificar a regulação no SUS, pois, segundo as Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores (BRASIL, 2006), todos os municípios devem organizar uma atenção básica resolutiva articulada a redes para garantir a continuidade do cuidado, ainda que conectando estabelecimentos que não estejam localizados num mesmo território. Ademais, para que haja atenção integral com equidade no acesso aos recursos disponíveis, deve-se considerar como fundamental a busca de mecanismos facilitadores dos processos de referência e contrarreferência. (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008)

Além disso, Ferreira et al. (2010) constataram que Ribeirão Preto, antes de possuir Central de Regulação (CR), possuía dificuldades na oferta e utilização dos recursos assistenciais públicos e conveniados, e o tempo para marcação de consultas especializadas no sistema público de saúde de Ribeirão Preto/SP variava entre as unidades de saúde e entre as especialidades. Entretanto, a central de regulação determinou uma diminuição na demanda reprimida e uma redução sensível do tempo de espera. (SERRA; RODRIGUES, 2010) Achados muito semelhantes se registram em outras experiências, como em Aracaju, onde a implantação de um complexo regulatório sistêmico rompeu com a excessiva burocratização do acesso e

ampliou intensamente a oferta de serviços de saúde, com maior eficiência. (SANTOS, 2006)

Ademais, a definição das diretrizes dos fluxos e contrafluxos de atendimento e o mapeamento da rede de serviços de saúde, por gestores e profissionais da saúde, são importantes, pois estabelecem a base para o sistema de referência. (PROTASIO et al., 2014) No Nordeste, pode-se observar que 50,1% (n=2787) das equipes relataram possuir documentos contendo as referências e os fluxos pactuados pela gestão municipal para os atendimentos de usuários em seu território. Contudo, 47,9% (n=2.663) não apresentaram fluxo definido para casos de suspeita de câncer de mama ou de colo do útero; parto; exame sorológico na gestante para sífilis ou anti-HIV; exame de glicose; urocultura ou sumário de urina; exame de ultrassonografia para gestante e urgências. A existência desse fluxo foi comprovada por documentos em 37,7% (n=2.095) das ESFs. Na Tabela 3 é apresentada a frequência de cada área de atenção.

Tabela 3: Frequência absoluta e relativa da existência de referência e fluxo definidos para cada área de atenção, considerando o total de 5.559 equipes de saúde da família do Nordeste.

(continua)

Áreas de atenção	f	n
Casos de suspeita de câncer do colo do útero	45,7	2539
Parto	40,4	2244
Câncer de mama	44,6	2481
Exame sorológico para Sífilis (VDRL) na gestante	44,7	2486
Exame sorológico anti-HIV na gestante	44,9	2498
Exame de glicose	44,3	2460
Urocultura ou sumário de urina (urina tipo I)	44,2	2457

Tabela 3: Frequência absoluta e relativa da existência de referência e fluxo definidos para cada área de atenção, considerando o total de 5.559 equipes de saúde da família do Nordeste.

Áreas de atenção	(conclusão)	
	<i>f</i>	<i>n</i>
Exame de ultrassonografia para gestante	45,4	2523
Urgência (glicemia descompensada, convulsão, surto psicótico, síndrome coronariana aguda, trauma).	35,9	1995

Fonte: Ministério da Saúde, PMAQ-AB (2013).

Esse resultado demonstra que são poucas equipes que se baseiam em documento e diretrizes para realizarem seus encaminhamentos no Nordeste e, assim, o referenciamento não ocorre de forma plena.

Em uma pesquisa na Zona Norte do município do Rio de Janeiro e em Duque de Caxias/RJ, observou-se que havia uma carência ou utilização deficiente de protocolos clínicos e que os encaminhamentos para os serviços de referência eram pouco apoiados nas diretrizes e nos protocolos clínicos existentes, ou não eram sempre considerados pelos médicos. Com isso, os autores perceberam que envolver os profissionais é fundamental para adaptação das diretrizes e dos protocolos à realidade local. (SERRA; RODRIGUES, 2010)

Os protocolos e fluxos pactuados, para cada área de atenção ou linhas de cuidado, devem ser utilizados como diretrizes para um detalhamento da forma de articulação entre as várias unidades que compõem a rede e a integração de seus atendimentos, com o objetivo de controlar determinados agravos e doenças e cuidar de grupos de pacientes. “Corredores funcionais” devem ser

planejados pelos gestores para que conduzam o paciente ao longo da rede e permitam integrar as ações a ele dirigidas, ainda que realizadas por diferentes profissionais e em diferentes unidades, eventualmente localizados em mais de um município. (KUSCHNIR et al., 2009) É direito da população a informação sobre os serviços disponíveis de cada nível de atenção, seus respectivos horários e condições requeridas para o acesso aos procedimentos especializados.

É fato que os profissionais envolvidos no tratamento do paciente deverão desenvolver um trabalho articulado, com troca de informações e ações conjuntas que resultem no atendimento humanizado e resolutivo. Porém, os achados dessa pesquisa revelaram que na região Nordeste não é frequente a troca de informações sobre os pacientes encaminhados pelos profissionais, pois 37,8% (n=2.104) das unidades relataram que os profissionais da atenção básica nunca contatavam os especialistas e 45,0% (n=2.504) estabeleciam contato com especialistas em algumas oportunidades. No entanto, a frequência com que os especialistas nunca contatavam os profissionais de atenção básica foi maior (57,4%; n=3.191), mostrando que o contato ocorre mais por parte dos profissionais de saúde da UBS. Pode-se remeter essa falta de articulação ao fato de 62,9% (n=3.495) das equipes do Nordeste não possuírem uma lista com os contatos, seja um telefone ou um *e-mail*, dos especialistas da rede SUS na Unidade Básica de Saúde. Tais achados reforçam ainda mais as críticas de Cecílio et al. (2012), já referidas anteriormente, à capacidade de a atenção básica coordenar o cuidado nas redes.

Serra e Rodrigues (2010) encontraram um sistema de referência e contrarreferência comprometido em algumas UBSs do Rio de Janeiro e Duque de Caxias no que se refere aos sistemas de informação e comunicação. Nas

USFs estudadas no Rio de Janeiro, todas dispunham de telefones, e a grande maioria (92,9%) possuía computador, porém, nas de Duque de Caxias, apenas 8,3% das unidades contavam com os dois meios de comunicação; as demais permaneciam praticamente isoladas da rede SUS e da própria coordenação do programa. Além disso, em nenhuma das unidades havia prontuários eletrônicos e sistemas de agendamento de consultas e exames, e também quase nunca havia a contrarreferência, prejudicando a continuidade dos cuidados.

Constata-se, ainda, que, no Nordeste, 3.205 (57,7%) equipes não possuem ou desconhecem a presença de algum fluxo de comunicação institucionalizado. Aquelas que referiram possuir fluxo institucional de comunicação mencionaram que a equipe utilizava os seguintes: discussão de casos (12,0%; n=666); ficha de referência/contrarreferência com história detalhada e sugestões de conduta (6,2%; n=346); reuniões técnicas com os especialistas da rede (9,2%; n=511); teleconferência (1,8%; n=101); telessaúde (2,2%; n=122); prontuário eletrônico (0,3%; n=18); comunicação eletrônica (4,5%; n=250). Observou-se que, praticamente, nenhuma equipe utilizava prontuário eletrônico e que 1.423 (40,6%) equipes relataram ter telefone como canal disponível na unidade de saúde para que o contato se efetivasse, enquanto apenas 422 (7,6%) possuíam internet para esse fim.

Esse resultado é preocupante e corrobora com um estudo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2011), que avaliou a presença e extensão dos principais atributos das Redes Integradas de Atenção à Saúde em quatro municípios do Brasil (Florianópolis, Belo Horizonte, Aracaju e Curitiba), ao apontar como principais dificuldades a presença de fluxo restrito de informação sobre os pacientes e a falta de compartilhamento de

responsabilidade entre níveis assistenciais no cuidado do paciente. Com isso, observou-se a necessidade de ampliar a responsabilização dos profissionais de diferentes serviços, além da necessidade de implantar efetivos mecanismos de comunicação entre estabelecimentos e criar espaços de convivência entre diferentes profissionais.

A troca de informações entre os profissionais dos diversos serviços de Atenção Básica e especializada é um forte instrumento organizacional para qualificação da atenção. Não é suficiente implantar centrais, definir protocolos, fluxos de acesso e fichas de encaminhamentos, sendo fundamental consolidar formas de diálogo entre as equipes dos diferentes níveis de complexidade. (ALBUQUERQUE et al., 2014)

Pode-se destacar ainda uma pesquisa com os dados do PMAQ-AB no estado da Paraíba, realizada por Protasio et al., (2014), que encontrou resultados semelhantes a esse estudo. Foi observado que o encaminhamento dos usuários para serviços especializados não tem permitido às equipes da AB desempenharem o papel de efetivas coordenadoras do cuidado, pois: as equipes não acompanham especificamente a evolução dos usuários de maior risco encaminhados; os profissionais da AB não contatam os especialistas e vice-versa; inexistente fluxo de comunicação institucionalizado, dentre outros motivos. Assim, concluíram que, ao fazerem encaminhamentos sem conseguir desenvolver um adequado acompanhamento dos desdobramentos ocasionados a partir desse momento, as equipes deixam de compartilhar, com os usuários e profissionais dos demais serviços, as decisões a serem tomadas de modo a prejudicar a sua capacidade de intervenção e o cuidado integral produzido em redes.

Segundo a OPAS (2011), existe uma percepção generalizada de que sistemas fragmentados de saúde

fracassaram internacionalmente. Essa fragmentação se manifesta no desempenho geral do sistema, quando se observa a falta de coordenação entre os níveis e pontos de atenção, a multiplicação de serviços e infraestrutura, a capacidade ociosa e a atenção à saúde em lugar não apropriado e a experiência dos usuários. O que ocorre quando estes têm dificuldade no acesso aos serviços, na continuidade do tratamento e no atendimento de suas necessidades de saúde. (OMS, 2008) Com isso, foi possível perceber, mediante esse estudo, que a região Nordeste encontra dificuldades no desempenho geral do sistema de referência e contrarreferência. Por ser a região do Brasil que apresenta a maior cobertura pela ESF, com 79,55% (BRASIL, 2015), e a que mais utiliza o SUS, ao lado do Norte (PORTO; UGÁ; MOREIRA, 2011), a magnitude desse problema deve ser considerada pelos gestores de todas as esferas governamentais, a fim de reorientar a construção das redes de saúde e garantir atenção integral aos usuários dessa região.

O PMAQ-AB tem um forte eixo na avaliação e seus resultados, por serem extremamente abrangentes, tanto do ponto de vista populacional quanto dos setores e serviços ofertados pela AB, e fornecerem subsídios à tomada de decisão. Uma das limitações deste estudo é o fato de ser a primeira experiência de aplicação dessa avaliação. E os dados analisados serem do tipo secundário, com a restrição de o banco não ter sido tabulado pelos autores. Outra se refere ao fato de a avaliação do PMAQ-AB limitar a análise da construção das redes a aspectos mais facilmente mensuráveis por certas técnicas de coletas de dados, tendo por base uma concepção de redes muito limitada a orientar a formulação do instrumento avaliativo, quando o comparamos com a complexidade das formulações apontadas na introdução deste estudo. Mesmo assim, seus resultados são bastante relevantes e podem indicar

necessidades de reorientação das redes de atenção à saúde da região Nordeste, subsidiando o planejamento de forma a contribuir para a melhoria da gestão em saúde no âmbito do SUS.

Considerações finais

Tendo por base o olhar dos profissionais de saúde que participaram do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB sobre as características da organização, da articulação e da assistência, identifica-se que o sistema de referência e contrarreferência da região Nordeste apresenta uma fragilidade que afeta a integralidade e o papel idealizado da AB de coordenar o cuidado e ordenar as redes.

As informações advindas desta pesquisa apontam a necessidade de mudanças profundas para superar o sistema fragmentado vigente e fortalecer as redes de atenção à saúde na região Nordeste, mediante a implantação de mecanismos de coordenação assistencial que estabeleçam o ordenamento de fluxos pactuados e a continuidade informacional.

Estudos com outras estratégias avaliativas, que considerassem conceitos de redes mais complexos do que os possíveis de serem captados a partir dos instrumentos da avaliação externa do PMAQ-AB, poderiam agregar outros aspectos, ou mesmo reposicionar algumas das reflexões realizadas aqui.

Referências

ALBUQUERQUE, M.S.V. et al. Accessibility to health services: an analysis of the Primary Care in the state of Pernambuco. **Saúde em Debate**, out. 2014, v.38, n.SPE, p.182-194.

ARAKAWA, A.M. et al. Perception of SUS users: expectation and satisfaction of care in the family health strategy/ Percepção dos usuários do SUS: expectativa e satisfação do atendimento na estratégia de saúde da família. **Revista CEFAC: Atualização Científica em Fonoaudiologia e Educação**, dez. 2012, v.14, n.6, p.1108-1114.

AZEVEDO, E.B.; FILHA, M.O.F. Práticas inclusivas na rede de atenção à saúde mental: entre dificuldades e facilidades. **Ciência & Saúde**, ago. 2012, v.5, n.2, p.60–70.

BRASIL. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990, v.128, n.182.

_____. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação, 2006.

_____. Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS. Ministério da Saúde, **Portaria 4.279**, de 30 de dezembro de 2010, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mais Perto de Você - Acesso e Qualidade**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Documento síntese para avaliação externa. Brasília, DF:

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portal do Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 18 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011, Sec. 1, p. 1-3.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições**: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARVALHO, L.C. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar**. Centro de Ciências de Saúde Faculdade de Medicina. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.

CECILIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, 1997, v.13, n.3, p.469- 478.

_____. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciênc. Saúde Coletiva**, 2012, v.17, n.11, p.2893-2902.

_____. et al. **Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

CLARES, J.W.B. et al. Regulação do acesso ao cuidado na atenção primária: percepção dos usuários; Regulation of access to care in primary care: users perception; Reglamento del acceso al cuidado en la atención primaria: percepción de los usuarios. **Rev. Enferm. UERJ**, 2011, v.19, n.4, p.604-609.

CONILL, E.M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P.F. Waiting lists in public systems: from expanding supply to timely access? Reflections on Spain's National Health System. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011, v.16, n.6, p.2783-2794.

CUNHA, A.B.O.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema Health Services Accessibility in a city of Northeast Brazil. **Cad. Saúde Pública**, abr. 2010, v.26, n.4, p.725-737.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

ESPERIDIÃO, M.A.; TRAD, L.A.B. User satisfaction assessment: theoretical and conceptual concerns. **Cadernos de Saúde Pública**, jun. 2006, v.22, n.6, p.1267-1276.

FAUSTO, M.C.R. et al. The position of the Family Health Strategy in the health care system under the perspective of the PMAQ-AB participating teams and users. **Saúde em Debate**, out. 2004, v.38, n.SPE, p.13- 33.

FERREIRA, J.B.B. et al. The regulatory complex for healthcare from the perspective of its operational players. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 2010, v.14, n.33, p.345-358.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface (Botucatu)**, 2005, v.9, n.18, p.489-506.

FRATINI, J.R.G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contrarreferência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, 2008, v.7, n.1, p.065-072.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Comprehensive health care and integrated health services: challenges for evaluating the implementation of a “system without walls”. **Cadernos de Saúde Pública**, jan. 2004, v.20, p.S331-S336.

KUSCHNIR, R. et al. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: Oliveira R. G., Grabois V., Mendes Junior W. V.(org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro (RJ): EAD/ Ensp, p.125-57, 2009.

MACHADO, M. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 2007, v.12, n.2, p.335-342.

MARIN, M.J.S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M.Y.A.D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. **Texto & Contexto Enfermagem**, set. 2013, v.22, n.3, p.780-788.

MARTINS, Á.K.L.; BRAGA, V.A.B.; SOUZA, Â.M.A. Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo bibliográfico. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev. Rene**, 2012, v.10, n.4.

MERHY, E.E. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. **Saúde em Debate**. São Paulo: Hucitec, 2003, v.155, p.15-35.

_____.; et al. Redes vivas: multiplicidades gerando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e produção do conhecimento em saúde. **Saúde em Debate**. Out. 2014, v.52, p.153-164.

_____. ; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

NASCIMENTO, A.A.M. et al. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do Pacto de Gestão do SUS. **Cogitare e Enferm.**, 2009, v.14, n.2, p.346-52.

OMS, O.M.S. **Relatório Mundial de Saúde 2008: cuidados de saúde primários - agora mais que nunca**. Lisboa: Organização Mundial da Saúde. Alto Comissariado para a Saúde, 2008.

ONOCKO-CAMPOS, R.T. et al. Evaluation of innovative strategies in the organization of Primary Health Care. **Revista de Saúde Pública**, fev.2012, v.46, n.1, p.43-50.

OPAS, O.P.A.S. Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras/Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Navegadorsus**, n. 3, 2011.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ, IMS: Abrasco, 2006.

PORTO, S.M.; UGÁ, M.A.D.; MOREIRA, R.S. An analysis of use of the health services by financing system: Brazil 1998-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011, v.16, n.9, p.3795-3806.

PROTASIO, A.P.L. et al. Evaluation of the reference and counter-reference system based on the responses of the Primary Care professionals in the first External Evaluation cycle of PMAQ-AB in the state of Paraíba. **Saúde em Debate**, out. 2014, v.38, n.SPE, p.209-220.

SANTIAGO, R.F. et al. Quality of care in the family healthcare units in the city of Recife: user perception. **Ciência Saúde Coletiva**, jan. 2013, v.18, n.1, p.35-44.

SANTOS, R.C. **Saúde todo dia: uma construção coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

SERRA, C.G.; RODRIGUES, P.H.A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010, v.15, n.3, p.3579-3586.

VALIUS, L. et al. Evaluation of the quality of services in primary health care institutions. **Medicina (Kaunas, Lithuania)**, 2011, v.47, n.1, p.57-62.

ANALISANDO O ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA DO PARÁ

*Eric Campos Alvarenga
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira
Lorena Cunha de Souza
Regina Fátima Feio Barroso*

O cuidado em saúde mental é marcado, em sua história, por atitudes segregacionistas e de isolamento. O louco era (e ainda é) trancado em instituições totais (GOFFMAN, 1962), sendo ceifado de vários direitos, inclusive o de convívio social. Pinel é quem inicia o processo de medicalização da loucura, assim inaugurando a disciplina médica psiquiátrica: “A possibilidade de aglutinar os loucos em um mesmo espaço, para conhecer e tratar suas loucuras, permite o nascimento da psiquiatria.” (AMARANTE, 1996, p.39)

Pinel desacorrenta os alienados e insere suas alienações em um código médico de doenças mentais. Para garantir seu funcionamento, o modelo hospitalar necessitava de medidas disciplinares que assegurassem a nova ordem. Assim, surge uma delimitação desse espaço

físico, onde regem os princípios de vigilância constante e registro contínuo, de forma a garantir que nenhum detalhe escape a esse saber. (FOUCAULT, 1979) Dentro desse espaço minuciosamente conhecido, percebe-se uma institucionalização das relações lá exercidas, tornando-se um mundo à parte, separando cada vez mais o indivíduo de suas relações exteriores. Somente no período pós-guerra emerge um cenário propício para o surgimento dos movimentos reformistas da psiquiatria na contemporaneidade. Nasceram, então, em vários países, questões quanto ao modelo centrado no hospital, apontando para a necessidade de uma reformulação. Uma importante questão para a reforma diz respeito ao conceito de “doença mental”, o qual intenta ser desconstruído para dar lugar a nova forma de perceber a loucura enquanto “existência-sofrimento” do sujeito em relação ao corpo social.

A reforma psiquiátrica brasileira encontra seus principais fundamentos teóricos na reforma psiquiátrica italiana, fomentada por Franco Basaglia, o qual, ricamente, contribuiu com esse intento em nosso país. Entretanto, o processo histórico, político, social e cultural de manejo com a loucura no Brasil teve peculiaridades que o distinguem bastante daquele modelo observado na Europa.

No Brasil, a atenção específica ao doente mental teve início com a chegada da Família Real. Em virtude das várias mudanças sociais e econômicas ocorridas e para que se pudesse ordenar o crescimento das cidades e das populações, fez-se necessário o uso de medidas de controle. Entre estas, a criação de um espaço que recolhesse das ruas aqueles que ameaçavam a paz e a ordem social, no qual a medicina fez parte do reordenamento do espaço urbano, desenhando o projeto em que emerge a psiquiatria no Brasil. (AMARANTE, 2002)

Apesar do atual avanço na implantação das propostas da reforma psiquiátrica brasileira, as conquistas não têm se dado de forma homogênea em todo o país. Em vários espaços, ainda se enfrentam fortes obstáculos como, por exemplo, a falta de decisão política de alguns gestores públicos e as resistências por parte dos donos de hospitais que não querem perder um negócio lucrativo. (SILVEIRA; BRAGA, 2005) O modelo hospitalar é resistente não só por suas estruturas fortes e rígidas, mas também por sua robusta ligação com máquinas e aparelhos utilizados no cuidado em saúde, que alimentam uma ideia de que a saúde somente é feita com a utilização desses tipos de tecnologia.

Sobre a doença mental como mercadoria, afirmam Silveira e Braga:

Num país subdesenvolvido, com um modelo de assistência à saúde centrado na prática curativa e assistencialista, foi fácil transformar a doença mental em mercadoria rentável. Ao se associar a lógica do capital (lucro) à lógica do modelo manicomial (poder disciplinar), não fica difícil perceber que a “assistência” limitava-se ao mínimo que fosse preciso para manter os loucos sob dominação, sem precisar gastar muito. Na década de 70, não suportando a busca desenfreada pelo lucro dos empresários da saúde, a previdência social entra em crise, mostrando a ineficiência desse modelo e apontando para a necessidade de reformulação (...). Ocorre abertura gradual após anos de ditadura, permitindo a entrada em cena de novos atores, dando vez à manifestação das críticas e denúncias dos trabalhadores de saúde mental e outros setores da sociedade civil contra a precária assistência prestada aos doentes mentais. (SILVEIRA; BRAGA, 2005, p.4)

Como alternativa ao modelo hospitalocêntrico tradicional, a partir da Reforma Psiquiátrica, buscou-se pela construção de uma rede territorial de serviços, substitutiva a esse modelo, a partir da criação de serviços de atenção à saúde mental de caráter extra-hospitalar. Foram constituídos, então, serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS, CAPSi e CAPSad), ambulatórios de saúde mental, hospitais-dia, centros de convivência, residências terapêuticas, dentre outros, os quais, a partir de uma abordagem interdisciplinar, visam a atender à demanda psiquiátrico-psicológica de uma determinada região geopolítico-cultural.

A rede de Atenção Básica no Brasil também pode, e deve, ser um lugar onde pessoas em sofrimento mental busquem atendimento. Sua atual configuração tem início em 1994, com o surgimento do programa Saúde da Família, estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, utilizando-se de formas de vínculo e de corresponsabilização com a comunidade em que está inserida. (BRASIL, 2012)

O trabalho na estratégia Saúde da Família está organizado de acordo com uma equipe de profissionais composta por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Essa equipe se responsabiliza pela atenção básica em saúde de certa área cuja população deve ser de, no mínimo, 2.000 e, no máximo, 4.000 pessoas. Todas essas pessoas devem ser cadastradas e acompanhadas, sendo responsabilidade da equipe atender às suas necessidades de saúde. (BRASIL, 2012; 2013a)

A despeito de ter havido um crescimento real dos investimentos federais em saúde mental, entre 2001 e 2009, em especial nas ações extra-hospitalares, os investimentos em ações de saúde mental na atenção básica foram

modestos. (GONÇALVES; VIEIRA; DELGADO, 2012) Isso implica efeitos de precarização do trabalho e de assistência psicossocial no âmbito da produção e promoção de saúde no plano das práticas cotidianas.

Uma rede de serviços de atenção básica com resolutividade pode desafogar os CAPSs ao atender casos menos graves. Há um consenso na literatura nacional e internacional sobre o quanto a atenção básica pode ser potente em atender a demandas de saúde mental. Nesse sentido, há uma diretriz mundial que visa a incorporar os cuidados primários em saúde mental.

Analisando estudos que descrevem práticas de atendimento em saúde mental na atenção básica (MINOZZO; COSTA, 2013; SOUZA et al., 2012; GAMA; CAMPOS, 2009), é possível observar que, entre esses profissionais, ainda há certa insegurança em lidar com casos de sofrimento mental. Sua formação, por ser mais generalista em sua grande maioria, leva a dúvidas quanto ao cuidado que deve ser realizado. O que nos leva à constatação de que esses profissionais precisam de um acompanhamento mais próximo.

Nos atendimentos em saúde mental na atenção básica, ainda se observa vasta utilização de benzodiazepínicos, medicamentos cujo efeito é ansiolítico e, em muitos casos, amplamente receitado. Essa prática produz a “resolução mágica” de problemas pessoais, socioafetivos e profissionais, encontrados no medicamento. O uso continuado provoca tolerância (organismo necessita de doses maiores para manutenção de efeitos terapêuticos) e dependência (recaída dos sintomas quando o medicamento é abruptamente suspenso). Outros efeitos são os déficits cognitivos que tendem a se instalar no curso da utilização desses medicamentos. (BRASIL, 2013b)

Diante disso, esta pesquisa tem como objetivo avaliar o atendimento em saúde mental realizado pelas equipes de saúde da família do Estado do Pará. Para tal, utilizamos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), coletados no ano de 2013.

O atendimento em saúde mental nas equipes de saúde da família do Pará

Para analisar o atendimento em saúde mental na atenção básica do Estado do Pará, foram utilizados dados coletados através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), coletados no primeiro ciclo do PMAQ-AB. O que gerou um banco de dados de todas as equipes de atenção básica contratualizadas nos termos do programa.

Segundo informações da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, no ano de 2014, existiam 1.149 equipes de saúde da família no estado do Pará. Isso equivalia a uma cobertura de quase metade (47,41%) da população do estado, ou seja, pouco mais de 3,7 milhões de pessoas. Apesar do grande número de equipes de saúde da família existentes no estado, apenas 367 fizeram adesão ao programa no Ministério da Saúde para participar da avaliação da atenção básica no ano de 2013.

Esse banco de dados foi inicialmente convertido para um formato de planilha eletrônica que foi analisada no *software* Microsoft® Office Excel® 2010. Realizou-se uma filtragem desses dados, selecionando as variáveis referentes à atenção à saúde mental realizadas por essas equipes, que se encontram no questionário de avaliação profissional (Módulo II), do bloco “Saúde Mental e Atenção ao Usuário com Transtorno Mental” (item II.29 do Módulo II). Os dados

dessas variáveis foram transferidos para o *software* IBM® SPSS® Statistics 20 a fim de realizar uma estatística descritiva com o cálculo das frequências absolutas e relativas destas. Apesar de 367 equipes terem sido contratualizadas, o banco apresenta dados de 353.

Agilidade no atendimento, porém um cuidado sem tanta especificidade

É possível perceber, pela Tabela 1, que 46,7% (n=165) das equipes entrevistadas responderam que agendam consultas com pessoas em sofrimento mental em qualquer dia da semana e em qualquer horário. Já 8,8% (n=31) delas fazem agendamento em qualquer dia da semana, mas em horários específicos. Os agendamentos em dias específicos fixos em até três dias na semana e em dias específicos fixos em mais de três dias na semana obtiveram 5,9% (n=21) e 1,7%(n=6) de frequência, respectivamente. Outros tipos de agendamentos corresponderam a 36,8% (n=130) do total.

Tabela 1- Como são agendadas as consultas para pessoas com transtorno mental?

Itens	n	%
Agendamento em qualquer dia da semana, em qualquer horário	165	46,7
Agendamento em qualquer dia da semana, em horários específicos	31	8,8
Dias específicos fixos em até três dias na semana	21	5,9
Dias específicos fixos em mais de três dias na semana	6	1,7
Outro(s)	130	36,8
Total	353	100,0

Fonte: PMAQ.

Pela Tabela 2, observa-se que, normalmente, uma pessoa em sofrimento mental leva de 0 a 1 dia de espera para ser atendida em 55,5% das equipes consultadas. Esse número equivale a 196 equipes. Se incluirmos nesse valor também as equipes que levam até uma semana de espera para atender, o número sobe para 85,2%.

Tabela 2 - Tempo de espera para a primeira consulta de pessoas com transtorno mental na unidade de saúde

Nº de dias	n	%
0- 1	196	55,5
2 – 7	105	29,7
10- 15	15	4,3
20-30	33	9,4
60-120	4	1,1
Total	353	100,0

Fonte: PMAQ-AB.

Mesmo que essas informações revelem que não há tantas dificuldades em uma pessoa em sofrimento mental conseguir uma consulta com as equipes, em 64,9% (n=218) destas não há consulta específica com “tempo maior” para esse tipo de atendimento. Somente em 34,8% existe esse tipo de consulta. Ou seja, poucas equipes oferecem um cuidado que se pretenda mais peculiar, com uma duração adequada que possa oferecer mais tempo para o vínculo entre usuário e trabalhador da saúde, algo essencial para situações de saúde mental e, também, para o próprio cuidado na estratégia de saúde da família.

Defendemos um atendimento a um usuário em sofrimento mental, aos moldes do que nos apresenta Emerson Merhy (2013), que vise a um cuidado que ultrapasse as limitações do modelo médico-hegemônico e do trabalho centrado em procedimentos, que contemple o uso de tecnologias duras, leve-duras e leves (principalmente

de tecnologias leves), com foco no trabalho vivo em ato, sem deixar as ações em saúde serem dominadas pelo trabalho morto. Partimos do princípio de que, quando acontece o encontro do trabalhador da saúde com o usuário, este busca “uma relação de compromisso que tenha como base a *sinceridade*, a *responsabilização* e a *confiança na intervenção, como uma possível solução.*” (MERHY, 2013, p.25, grifos do autor) Acreditamos que esse tipo de cuidar demandará um “tempo maior”, afim de que se possa fazer uma escuta qualificada e atenta à história de vida daquela pessoa, não focando apenas o corpo anatomofisiológico, e às várias dimensões que atravessam o cuidado e o compromisso em defesa da vida. Ao vermos que cerca de 1/3 das equipes pesquisadas reservam um cuidado com tempo mais adequado aos pacientes em sofrimento mental, há que se investigar o porquê de alguns dispositivos serem ampliados em algumas equipes e em outras, não.

Minozzo e Costa (2013) realizaram trabalho similar, com as equipes de saúde da família do Rio de Janeiro, e perceberam, em suas análises, que os profissionais têm dificuldades nesse tipo de atendimento, principalmente quando precisam exercer uma abordagem dos casos que envolvem algo além do saber biomédico. Isso estaria associado, segundo os autores, à falta de conhecimento e insuficiência na formação dos profissionais.

Figueiredo e Campos (2009) também encontraram as mesmas dificuldades com algumas equipes de referência ao atendimento em saúde mental na cidade de Campinas (SP). Estas chegam a evitar o contato com o sofrimento psíquico dos usuários, sob a justificativa de se sentirem inseguras devido a sua falta de formação em Saúde Mental, além da possibilidade de ter de agir fora da “zona de conforto” do cuidado centrado em procedimentos e em condutas medicamentosas.

A partir da Tabela 3, é possível perceber que, em 61,2% (n=216) das equipes de saúde da família, a atenção à saúde mental ocorre sem a inserção de um profissional no campo que lhe dê suporte para o atendimento. Somente 35,4% (n=125) conseguem fazer esse atendimento com profissionais especializados na área. O profissional da ESF, para dar conta de tantas especificidades no cuidado, precisa desenvolver dispositivos que lhe possibilitem acolher as demandas de sofrimento. Para isso, há estudos que apontam a necessidade de uma preparação prévia. No entanto, as equipes que relatam ter havido alguma preparação para o atendimento de pessoas com esse tipo de sofrimento correspondem a 27,2% do total. Enquanto 68,3% não tiveram esse preparo anterior.

Tabela 3 - Atendimento com profissional de saúde mental

Itens	n	%
Sim	125	35,4
Não	216	61,2
Não sabe/Não respondeu	12	3,4
Total	353	100,0

Fonte: PMAQ- AB.

Apesar de poucas equipes oferecerem atendimento com profissionais qualificados para atenção em saúde mental, 76,5% (n=270) afirmam receber apoio ou auxílio de profissionais para a resolução de casos mais complexos, sejam eles vindos dos NASFs ou do CAPS locais. Dentre as equipes que recebem apoio, de acordo com os dados da Tabela 5, o profissional que mais apoia as equipes paraenses é o psicólogo e 46,2% (n=126) das equipes contam com esse profissional. Já o apoio do médico psiquiatra é recebido por somente 18,3% (n=50) delas. Quando nos referimos especificamente aos profissionais do CAPS, 10,6% (n=29)

das equipes recebem apoio do assistente social, 12,1% (n=33) podem contar com psicólogos, 9,9% (n=27) contam com médicos psiquiatras e 6,2% (n=17), com terapeutas ocupacionais.

Tabela 4 - Os profissionais que dão apoio às equipes

Profissional	n	%
Psicólogo	126	46,2
Psiquiatra	50	18,3
Assistente social no CAPS	29	10,6
Psicólogo no CAPS	33	12,1
Médico psiquiatra no CAPS	27	9,9
Terapeuta ocupacional no CAPS	17	6,2

Fonte: PMAQ- AB.

Para Figueredo e Campos (2009), o Apoio Matricial da Saúde Mental é essencial para garantir dispositivos e ampliar espaços que acolham o sofrimento psíquico dos usuários. Isso aconteceria mediante discussões junto com as equipes sobre os casos clínicos e até realizar intervenções em parceria, tais como consultas, visitas domiciliares e outras. As autoras ressaltam que a responsabilização compartilhada dos casos atendidos é importante porque,

Permite regular o fluxo de usuários nos serviços. Através do Apoio Matricial, torna-se possível distinguir as situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana, que podem ser acolhidas pela equipe de referência e por outros recursos sociais do entorno, daquelas demandas que necessitam de atenção especializada da Saúde Mental, a ser oferecida na própria unidade ou, de

acordo com o risco e a gravidade, pelo CAPS da região de abrangência. Com isso, é possível evitar práticas que levam à “psiquiatrização” e à “medicalização” do sofrimento e, ao mesmo tempo, promover a equidade e o acesso, garantindo coeficientes terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário. Isso favorece a construção de novos dispositivos de atenção em resposta às diferentes necessidades dos usuários e a articulação entre os profissionais na elaboração de projetos terapêuticos pensados para cada situação singular. (FIGUEREDO; CAMPOS, 2009, p. 130, grifos das autoras)

Registros dos atendimentos

As equipes, em sua maioria, não possuem registros dos atendimentos voltados para a atenção à saúde mental. Destas, 59,5% dizem não possuir qualquer registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento mental, contra 35,4% que possuem esses dados. Em 83% das equipes não há registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, contra somente 13,6% que possuem. Já a respeito do registro de usuários que estão em uso crônico de benzodiazepínicos, 30,3% dizem possuir esses dados, ao passo que 67,1% não possuem.

Tabela 5 - Número de equipes que possuem registro do número de casos graves

Registro	Sim		Não		Não sabe/ Não respondeu		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	
Número dos casos mais graves com transtorno mental	125	35,4	210	59,5	18	5,1	353
Usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas	48	13,6	293	83,0	12	3,4	353
Usuários em uso crônico de benzodiazepínicos	107	30,3	244	69,1	2	0,6	353

Registrar os atendimentos em saúde mental parece não ser um hábito das equipes. Mas os registros são importantes, pois, como está no próprio Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b), preservam e constroem histórias. E, para criar dispositivos de acolhimento, é importante que as demandas, a história clínica e a trajetória do usuário sejam registradas:

O registro em prontuário do que está se acordando com o sujeito, a fim de que todos os profissionais da equipe que tenham contato com essa pessoa participem do processo, motivando-o na (re)construção do espaço de lazer e satisfação em sua vida. Assim, este tipo de cuidado ocorrerá tanto nas consultas médicas, quanto nas visitas dos agentes de saúde, nos encontros com a enfermagem e nos grupos da Atenção Básica dos quais a pessoa participa. (BRASIL, 2013b, p. 144)

Os registros são importantes não só para os casos que possuem relação com o atendimento em saúde mental, mas para todas as ações desenvolvidas. Um bom registro pode oferecer pistas mais claras sobre a qualidade do cuidado oferecido aos usuários.

Outra informação que chama a atenção é a de que apenas 20,4% das equipes possuem protocolo com definição de diretrizes terapêuticas para saúde mental. Trabalhar fazendo uso de protocolos com essas diretrizes estabelecidas é uma maneira de poder racionalizar as ações dos profissionais, utilizando informações que respeitam os princípios do SUS. Além disso, pode ser uma garantia de que o usuário terá “um tratamento seguro, com cuidados assistenciais e condutas diagnósticas e terapêuticas definidas a partir de critérios técnicos e científicos de eficácia e efetividade.” (BRASIL, 2010, p.3)

Nesse contexto, equipes com pouco apoio multiprofissional de pontos da rede de atenção à saúde mental não conseguem manter registros dos atendimentos e não trabalham com protocolos terapêuticos. Além do que, 74,2% das equipes referiram não realizar ações para pessoas que fazem uso crônico de benzodiazepínicos e necessitam de diminuição da dose. Somente 13,9% das equipes referiram realizar tais ações.

Souza et al. (2012) reiteram que, embora a Estratégia Saúde da Família apresente novas propostas de estrutura e processos de trabalho, ainda não consegue trazer uma mudança significativa à atenção em saúde mental. Mesmo que tenha toda a potencialidade de trazer maior e melhor disponibilidade de profissionais e de recursos, fluxos específicos para a saúde mental, uma escuta com foco psicossocial, um acolhimento que abranja a alteridade e um trabalho que abarque integração em rede. O que se percebe é que parece não haver espaço e investimento

a um programa específico para saúde mental e, quando há, de modo geral, é baseado nas equipes analisadas, hegemonicamente, na medicalização.

Promoção e prevenção

Há também poucas equipes fazendo promoção de saúde com prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Apenas 20,4% relatam fazer tal ação. Da mesma forma, apenas 7,6% realizam ações de promoção de saúde com prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos, como referido anteriormente. Esse é outro acontecimento que, possivelmente, tem relação com a baixa qualificação das equipes no atendimento em saúde mental. Sem falar na força do modelo de atenção à saúde centrado no atendimento à “demanda espontânea”, não sobrando espaço para a prevenção e promoção da saúde para além dos muros das unidades, ou seja, onde estão vivendo a população pela qual a equipe é responsável. O que a Estratégia de Saúde da Família preconiza é uma atuação forte para além dos muros da unidade de saúde, compreendendo o espaço do território como essencial para o estabelecimento de vínculos e corresponsabilidade. Cabe ressaltar também que, segundo Rosa (2007), buscar a ampliação das ações de promoção de saúde mental mais adequadas às necessidades da população deve visar a propostas terapêuticas que contribuam para ampliar a autonomia e o cuidado de si mesmos, evitando centrar-se somente no “preenchimento de tempo ocioso”.

Tabela 6 - Quantidade de equipes que realizam ações de promoção de saúde com prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência de substâncias.

Ações realizadas pelas equipes	Sim		Não		Total
	N	%	N	%	
Crack, álcool e outras drogas	72	20,4	281	79,6	353
Ansiolíticos e benzodiazepínicos	27	7,6	326	92,4	353

Fonte: PMAQ-AB.

Encaminhamentos

Identificamos também que, com relação aos encaminhamentos feitos para consultas com psiquiatra, 32,3% (n=114) das equipes o fazem. Em 67,7% (n=239), não houve nenhum encaminhamento. Dentre as equipes que realizaram encaminhamentos, as que chegaram a fazer de 1 até 10 encaminhamentos correspondem a mais da metade, 66,7% (n=76). E quando esse encaminhamento é feito, há uma espera de até 30 dias em 84,1% (n=96) dessas equipes.

Essas informações apontam para algumas direções. É possível que o apoio matricial dos NASFs e CAPSs, que é recebido por 76,5% das equipes, contribua para uma diminuição da “lógica do encaminhamento”, na qual os usuários são frequentemente direcionados a outros pontos da rede de atenção, levando a um enfraquecimento da responsabilidade do cuidado, o contrário do que é preconizado pelo material da Circular Conjunta da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. (BRASIL, 2003) Outra direção possível, também, para esse baixo número de encaminhamentos para consultas com psiquiatra seja a quantidade reduzida

de profissionais médicos com essa especialidade no estado do Pará. Segundo dados do Conselho Federal de Medicina (CFM/CREMESP, 2013), existiriam 53 psiquiatras no estado. Um número baixíssimo, considerando que o Pará possui uma população estimada em mais de 8 milhões de habitantes, de acordo com o IBGE.

Considerações

Talvez, estejamos vivendo um momento peculiar na conjuntura dos investimentos em saúde no Brasil. Antes, os olhares eram muito centrados na alta e média complexidade, com os hospitais sendo sempre marcados como “o lugar onde se faz saúde”. Hoje, alguns programas de dimensões nacionais, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Programa Mais Médicos, vêm assinalando um interesse maior de investimento em políticas públicas voltadas para a atenção básica. Já é possível verificar, inclusive em contexto eleitoral, candidatos ao governo do Pará mencionando a atenção básica como uma prioridade em suas políticas no campo da saúde.

O atendimento a situações de saúde mental realizado pelas equipes de saúde da família que avaliamos no estado do Pará mostra-se ainda insuficiente. É importante potencializar ainda mais o apoio matricial e ampliar a formação e qualificação dos trabalhadores e trabalhadoras para que possam acolher de forma mais adequada os usuários que demandem atenção no campo da saúde mental. Apesar de boa parte das equipes receberem apoio de profissionais especializados, é preciso qualificar o trabalho em direção à promoção e prevenção, não somente ao atendimento da demanda espontânea. É preciso se

criar uma cultura de fazer registros dos atendimentos, pois estes são de extrema importância, principalmente para a continuidade do cuidado, que é um dos cerne da Estratégia Saúde da Família. Dar visibilidade ao problema é essencial para criar novos dispositivos de atenção que acolham de forma mais adequada os usuários. Por exemplo, se a maioria não possui registro dos seus casos mais graves, ou também dos casos de pessoas que possuem necessidade de uso de substâncias psicoativas, há um acompanhamento inadequado dos casos centrado na medicalização e afastando-se da perspectiva de cuidado integral, ou sequer encaminhando de forma adequada os usuários no sistema de referência e contrarreferência preconizado pelo SUS.

Necessita-se investir em um cuidado mais “demorado”, menos engolido pela pressão da demanda espontânea. Mas, para isso, o Estado do Pará tem de aumentar a cobertura das equipes de Saúde da Família e da atenção básica, que, hoje, cobre um pouco mais da metade (51,15%) da população paraense. Incentivos estaduais como o reforço ao Piso de Atenção Básica, baseados em indicadores e anteriormente pagos pelo governo estadual, precisam voltar a ser efetivos, já que os municípios são os entes da federação que mais gastam percentualmente o seu orçamento com a política de saúde. Por fim, há a necessidade também de mais profissionais especializados em saúde mental, especialmente de médicos psiquiatras e equipes qualificadas para dar atenção aos usuários. Sem trabalhadoras e trabalhadores que compreendam a importância e estejam preparados para entender as demandas desse campo, não há como avançar e superar os desafios postos neste artigo. Um dos maiores bens dos serviços de saúde são os seus trabalhadores e trabalhadoras.

Referências

AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

_____. **Asilos, alienados e alienistas**: pequena história da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde; Coordenação de Saúde Mental; Coordenação de Gestão da Atenção Básica Ministério da Saúde. **Circular conjunta n. 01**, de 13 de novembro de 2003. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília; 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas**. Volume 1. Secretaria de Atenção à Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. **Portaria 2355**, de 10 de outubro de 2013. Diário Oficial da União, 11 de outubro de 2013. Brasília-DF: 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica – O vínculo e o diálogo necessários - Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica**. Circular Conjunta, 2013b.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia médica no Brasil**. V. 2. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 2009, v.14, n.1.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado, ed. 18. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GAMA, C.A.P.; CAMPOS, R.O. Saúde mental na atenção básica - uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Cad. Bras. Saúde Mental**, 2, 1984-2147, 2009.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 7.ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1962/2001.

GONCALVES, R.W.; VIEIRA, F.S.; DELGADO, P.G.G. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2012, v.46, n.1, p.51-58.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: FRANCO, T.B; MERHY, E.E. (org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013, p.19-67.

MINOZZO, F.; COSTA, I.I. Integrando CAPS e Saúde da Família: apoio matricial em saúde mental. In: PAULON, S.; NEVES, R. (org.). **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013. p.61-81.

ROSA, W.A.G. **Limites e possibilidades de inserção da Estratégias de Saúde da Família no processo de transformação da assistência psiquiátrica e na promoção de saúde mental**. 2007. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2007.

SILVEIRAI, L.C.; BRAGA, V.A.B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2005, v.13, n.4, p.3.

SOUZA, L.G.S. et al. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. **Saúde Soc. (São Paulo)**, 2012, v.21, n.4.

QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE EM UNIDADES RURAIS E URBANAS DE UM PEQUENO MUNICÍPIO: a avaliação do PMAQ-AB na perspectiva dos profissionais em Chapada dos Guimarães – MT

Ruth Terezinha Kehrig
Sílvia Angela Gugelmin
Andre Luiz Lopes de Oliveira
Eveline do Amor Divino
Fabiano Lima da Silva
Alane Andréa Souza Costa
Amaury Ângelo Gonzaga

Introdução

A Atenção Primária de Saúde (APS) tem se reafirmado como estratégia de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro desde a sua instituição constitucional, em 1988 e, destacadamente, com a implementação da Política Nacional de Atenção Básica no SUS. (BRASIL, 2006; 2011c)

O modelo de organização dos serviços de saúde proposto pelo Decreto 7.508/2011 redefine a conformação

piramidal e hierarquizada por um modelo em rede, no qual cada serviço tem seu papel específico, cujo objetivo final é garantir a integralidade da assistência. (BRASIL, 2011a) Nessa reorganização, a APS continua sendo considerada o eixo estruturante do sistema, ordenadora da rede de atenção e coordenadora do cuidado (BRASIL, 2011c) Portanto, é importante sua integração com os demais níveis do sistema e a qualidade nas práticas e ações desenvolvidas, a fim de propiciar respostas adequadas às necessidades de saúde da população.

Na literatura internacional, Starfield (2004) propõe quatro atributos essenciais da APS: a atenção de primeiro contato, principal porta de entrada no sistema de saúde; a longitudinalidade ou continuidade do cuidado; a integralidade, no sentido de atenção individual e coletiva, de promoção da saúde, prevenção de riscos e assistência curativa; e a coordenação para integrar o cuidado da população de sua responsabilidade, em quaisquer níveis do sistema de saúde.

A instituição da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011c) enfrenta limitações nos serviços existentes diante de legítimos e tamanhos atributos essenciais da APS, como os apresentados anteriormente. Os desafios da APS no SUS levaram a um movimento de institucionalização da avaliação de qualidade dessa atenção, entendendo-se tais processos como mecanismos permanentes para tomada de decisão na perspectiva da melhoria contínua da qualidade dos serviços. Inicialmente, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) passou a fomentar a avaliação da qualidade da Estratégia Saúde da Família utilizando-se dos cadernos de autoavaliação que compuseram a Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ).

No mesmo período, outro instrumento para uma avaliação da APS ancorada no quadro conceitual formulado

por Starfield, após validado para aplicação no Brasil, o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), foi aplicado em pesquisas avaliativas. O Ministério da Saúde divulgou e recomendou esse instrumento como uma proposta de autoavaliação pelos serviços da APS no SUS. (BRASIL, 2010)

Por iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, foi aplicado o Sistema de Avaliação da Qualidade da Gestão e Atenção Básica (QualiAB) (CASTANHEIRA et al., 2009 e 2011), inicialmente, em uma macrorregião (no ano de 2007) e, depois, em todo o estado (no ano de 2010). Nesse último, o QualiAB alcançou 95% das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), cobrindo 91% dos municípios de São Paulo. O QualiAB está em fase final de um processo de validação para aplicação nacional. (CASTANHEIRA, 2012)

Um sistema de saúde, alicerçado em diretrizes doutrinárias de universalidade, equidade e integralidade, não pode ficar à margem do melhor acesso e qualidade em saúde de sua população. Em meio a tamanho desafio, em 2011, emerge no contexto nacional o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Este prevê a autoavaliação pelas equipes de APS, por um lado, propondo como um dos possíveis instrumentos a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ); e a Avaliação Externa, por outro, buscando reconhecer a diversidade na qualidade dos serviços prestados pelo SUS. O PMAQ-AB é um programa que procura induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das equipes de APS, para ofertarem maior acesso a serviços de saúde de qualidade, em conformidade com as necessidades de saúde concretas da população. (BRASIL, 2011b)

A principal referência de avaliação de serviços de saúde, histórica e conceitualmente reconhecida na área

da pesquisa em serviços de saúde, é a tríade elaborada por Donabedian (1997; 2005) - estrutura, processo e resultado -, originalmente voltada para a avaliação da qualidade da assistência médica nos EUA. Todos os quatro instrumentos anteriormente apresentados de avaliação da APS autoaplicados (AMQ, PCATool, QualiAB e AMAQ), e que têm sido utilizados no Brasil, na última década, retomam, em algum grau, a tríade donabediana. Principalmente no que se refere à avaliação de estrutura dos serviços de APS e a uma avaliação de processos, seja de gerenciamento local da UBS, seja da organização dos cuidados prestados pela unidade. A avaliação de resultados não tem sido trabalhada em tais instrumentos.

Propiciar uma reflexão crítica sobre as condições e práticas das UBS, cujos efeitos, espera-se, incidam sobre a qualidade das ações realizadas no SUS, é a finalidade da institucionalização da avaliação de qualidade da APS. Nessa perspectiva, coloca-se o desenvolvimento do PMAQ-AB no Brasil, que se encontra institucionalizado, dada a ampla adesão das UBSs, atrelado ao incentivo financeiro proporcionado pelo programa. Ao mesmo tempo, a sua ação avaliativa tem produzido uma ação local para a mudança, impulsionada pela mobilização dos atores locais da APS. (PINTO; SOUZA; FERLA, 2014)

A implementação do PMAQ-AB tem-se efetivado em ciclos: em 2012, deu-se o primeiro; o segundo, em 2013-14; e, em 2015, inicia-se seu terceiro ciclo. Desde sua proposição inicial, o PMAQ-AB (BRASIL, 2011b) deixa a opção para os gestores utilizarem como instrumento de autoavaliação o AMAQ, o AMQ ou outro. Tal orientação está mantida na normativa atual, sendo ratificada, recentemente, na Nota Metodológica da Certificação das Equipes Participantes do PMAQ-AB (BRASIL, 2015), referindo-se a outros instrumentos desenvolvidos por unidade federada, pelo município ou pela própria equipe.

A relevância deste estudo está na discussão dos resultados agregados das duas etapas avaliativas do PMAQ-AB, em um contexto que a avaliação da qualidade de serviços de APS é da maior atualidade no cenário internacional das pesquisas em serviços de saúde, destacadamente em sistemas universais de saúde. Como o município do estudo já vinha participando de um processo de avaliação da APS por iniciativa da gestão local e apoio institucional de universidade¹, havia um banco de dados próprio elaborado com os lançamentos da autoavaliação AMAQ, o que possibilitou a construção dessa análise.

Este capítulo tem por objetivo discutir, na perspectiva dos profissionais da APS, a aplicação dos instrumentos avaliativos do PMAQ-AB utilizados no seu primeiro ciclo, entre muitos outros, em um pequeno município do Centro-Oeste brasileiro.

Método

A aplicação do PMAQ-AB está organizada em quatro fases (FERLA, 2011; BRASIL, 2011b): 1) adesão e contratualização - etapa formal de adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de atenção básica e os gestores municipais; 2) desenvolvimento – compreende um conjunto de ações que são empreendidas pelas equipes e pelos gestores, estruturadas a partir de uma autoavaliação,

¹ KEHRIG, R. T. (coord). Laboratório de Gestão Coletiva do Trabalho na Perspectiva da Integralidade em Saúde: pesquisa-ação organizacional na SMS de Chapada dos Guimarães. Projeto de pesquisa registrado na UFMT sob nº 409/CAP/2012 - Componente I Atividade IV do Observatório de Recursos Humanos em Saúde, Estação NDS/ISC/UFMT, aprovado pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2010. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/Plataforma Brasil, com Parecer nº 69343/2012.

com o preenchimento do AMAQ ou de outro instrumento pelas equipes, seguidas de monitoramento, educação permanente e apoio institucional; 3) avaliação externa – realização de um conjunto de ações para averiguar as condições de acesso e de qualidade do serviço mediante visita de avaliadores externos; e 4) reconstrução - processo de pactuação das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático de melhorias a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ-AB. Em todas essas fases, são duas as etapas propriamente avaliativas: a autoavaliação pelas equipes de UBS e a avaliação externa.

A Autoavaliação pelas equipes e avaliação externa, apreendida em entrevista com profissionais dessas equipes no município de Chapada do Guimarães (MT), compreenderam um estudo transversal realizado de junho a agosto de 2012. Este tinha por técnicas de coleta dos dados um questionário fechado (AMQ) autoaplicado pelas equipes e o inquérito realizado pelos avaliadores externos com cada profissional enfermeiro coordenador de equipe, utilizando instrumentos próprios do PMAQ-AB. (BRASIL, 2012a; 2012b; 2012c)

Os dados da avaliação externa foram obtidos no banco de dados disponibilizado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, que está estruturado em três módulos: I - Observação na Unidade de Saúde; II - Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Análise de Documentos na Unidade de Saúde; III - Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário. (BRASIL, 2012b) Considerando que o presente estudo aborda a gestão e a atenção avaliadas na perspectiva dos profissionais, utilizou-se somente o Módulo II com os dados resultantes das entrevistas realizadas com os profissionais.

Das sete UBSs existentes no município, dentro do modelo da estratégia de Saúde da Família, apenas seis foram contratualizadas por adesão ao PMAQ-AB - 1º ciclo. Porém a 7ª UBS (PSF Santa Cruz), por iniciativa da gestão municipal e apoio da pesquisa-ação de avaliação da APS então em desenvolvimento no município, também realizou a autoavaliação com aplicação do AMAQ, e seus dados estão incluídos e considerados no presente estudo, cobrindo, assim, a totalidade das UBSs. Para essa unidade, não houve avaliação externa. As UBSs estão identificadas nas tabelas com a numeração a seguir, sendo quatro unidades rurais - Água Fria (1), Jangada Roncador (2), João Carro (3), Praia Rica (4) - e três unidades urbanas - Centro (5), Olho d'Água (6) e Santa Cruz (7).

Os dados obtidos na aplicação do AMAQ pelas equipes de APS estão expressos em pontos autoavaliados de 0 a 10 por questão. O AMAQ está estruturado em quatro dimensões: Gestão Municipal, Gestão (de apoio) da Atenção Básica, UBS (estrutura) e Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral de Saúde. (BRASIL, 2012a) No presente texto, as dimensões são reagrupadas, considerando aspectos da gestão municipal e da organização e prestação local dos serviços (Quadro 1). Dessa forma, as três primeiras dimensões do AMAQ são condensadas em uma macrodimensão denominada Gestão da SMS para a APS (48 questões) e a última das dimensões acima apresentada constituiu a macrodimensão da Organização e Processo de Trabalho por UBS (57 questões).

Quadro 1 - Matriz de análise das avaliações do PMAQ-AB

Macrodimensão: <i>Gestão da SMS para a APS</i>	
Dimensão	Subdimensão
<i>Gestão municipal</i>	Implantação e implementação da APS no município Organização e integração da rede de atenção à saúde Gestão do trabalho Participação, controle social e satisfação do usuário
<i>Gestão do apoio para a APS</i>	Apoio institucional Educação permanente Gestão do monitoramento e avaliação
<i>Estrutura de recursos na UBS</i>	Infraestrutura e equipamentos Insumos, imunobiológicos e medicamentos
Macrodimensão: <i>Organização e processo de trabalho por UBS</i>	
Dimensão	
<i>Perfil da equipe</i>	
<i>Organização do processo de trabalho</i>	
<i>Atenção integral de saúde</i>	
<i>Participação social</i>	

Fonte: Adaptado de AMAQ. (BRASIL, 2012a)

Para descrição e análise da pontuação atribuída às questões, trabalhou-se com médias aritméticas, tendo por base os níveis de qualidade adotados no AMAQ (BRASIL, 2012a): inaceitável (0-3,99); regular (4-5,99); satisfatório (6-7,99); e bom (8-10). As análises dos dados classificaram

as pontuações obtidas nos respectivos níveis de qualidade, sem considerar as variações numéricas internas. Os dados da avaliação externa estão somente descritos em texto. Para além disso, os resultados apresentados são complementados com dados da observação direta coletados pela pesquisa- ação anteriormente referida.

A etapa inicial da experiência do PMAQ-AB em Mato Grosso

O estado de Mato Grosso está localizado na região Centro-Oeste e tem uma extensa área territorial (903.378,29 km²) distribuída em 141 municípios. Dentre estes, 79,4% têm menos de 20 mil habitantes, percentual muito próximo à distribuição demográfica no Brasil, onde 70% dos municípios têm população de até 20 mil habitantes. (IBGE, 2010)

A Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Mato Grosso, em meados de 2012, por meio de seus escritórios regionais, encaminhou ofício para cada município, repassando os prazos em que o sistema estaria aberto para lançamento dos dados da autoavaliação do PMAQ-AB - 1º ciclo, informando a data subsequente da avaliação externa. Nessa primeira aplicação, aderiram ao PMAQ-AB 89 municípios (63,1%).

Realizada em agosto de 2012, a avaliação externa congregou os estados de Mato Grosso (MT) e Mato Grosso do Sul (MS), este último responsável pela coordenação regional, capitaneada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e em parceria com a Universidade Federal Mato Grosso do Sul (UFMS), Fundação Oswaldo Cruz - Ministério da Saúde (FIOCRUZ-MS) e Universidade de Cuiabá (UNIC).

Essas coordenações iniciaram os trabalhos a partir do edital de divulgação de processo seletivo² para supervisão e coleta de campo da avaliação externa do PMAQ-AB. Finalizado o processo seletivo, ocorreu a capacitação dos supervisores e avaliadores externos, na cidade de Campo Grande/MS, com a presença das coordenações dos estados de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul e professores convidados.

Nesse mesmo tempo, ocorreram ações paralelas nos dois estados, em conjunto com os municípios, com a interlocução entre as coordenações nacional e regionais do PMAQ-AB, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) nos estados e respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Realizou-se encontro de articulação para apresentar o projeto, sensibilizar sobre o funcionamento da avaliação externa, para posterior contato com os municípios, a fim de viabilizar a logística da dessa avaliação.

O estado de Mato Grosso, além da peculiaridade climática, com período de chuvas e de secas muito intensas, demandou uma atenção especial, principalmente no que se refere aos meios de transportes utilizados pelos supervisores e entrevistadores da avaliação externa. Para o deslocamento de um ponto a outro, a via terrestre foi a mais utilizada; no entanto, a precariedade das rodovias, que transformavam o trajeto de 100km em horas de viagem, esteve entre os principais fatores de dificuldade no trabalho das equipes de avaliação.

² <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/pmaq/acervo/arquivos/edital-de-divulgacao-de-processo-seletivo-para-supervisao-e-coleta-de-campo-da-avaliacao-externa-do-programa-nacional-de-melhoria-do-acesso-e-da-qualidade-da-atencao-basica-pmaq/view>.

O caso da aplicação em Chapada dos Guimarães

Trata-se de um município de pequeno porte, com 17.821 habitantes, extensão geográfica de 5.657,43km² e baixa densidade populacional (3,15 habitantes por km²), segundo o último censo do IBGE (2010). A população é, predominantemente, urbana (61,7%). No entanto, a conformação geográfica e as longas distâncias até as comunidades rurais exigem uma distribuição das UBSs que contemple essas localidades, com especificidade própria.

Chapada dos Guimarães conta, além das sete unidades da Estratégia de Saúde da Família, com dois Postos de Saúde (Aldeia Velha e Rio Casca), um urbano periférico e outro rural, mas que não têm equipe de saúde da família, sendo atendidos semanalmente por equipes volantes. Na sede do município, funciona um Centro de Especialidades de referência para a APS, um hospital de pequeno porte e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU.

Há que se registrar o caráter das sete UBSs como unidades recém-implantadas no âmbito da rede de serviços de atenção básica. Excetuando as unidades PSF Centro e PSF Olho D'Água, as demais foram implantadas a partir de 2010 e consolidando 100% de cobertura da população do município com a Estratégia de Saúde da Família em junho de 2011. Acrescenta-se, ainda, que as UBSs de Jangada Roncador e de Praia Rica têm características particulares em relação à acessibilidade. Por se tratarem de unidades em regiões fronteiriças com outros municípios, e tendo em vista a distância e a precariedade das estradas de acesso à área urbana de Chapada dos Guimarães, boa parte de seus usuários prefere buscar atenção de saúde nos municípios circunvizinhos.

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Chapada dos Guimarães, ciente da importância de processos de

autoavaliação pelas próprias equipes de APS, com apoio institucional do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (ISC/UFMT), mediante desenvolvimento de projeto de pesquisa-ação, realizou, no início de 2012, um processo de Avaliação da Qualidade da APS nas sete unidades de Saúde da Família, utilizando o Sistema QualiAB. (CASTANHEIRA et al., 2009 e 2011)

Após o processamento das respostas, houve uma primeira devolutiva em oficina geral para todas as equipes, oportunidade em que foi elaborada uma programação para discutir as informações por UBSs, iniciada em ato contínuo. Foi realizado um trabalho de autorreflexão crítica sobre a pontuação obtida questão a questão, discutindo coletivamente as melhorias necessárias e definindo as estratégias de mudanças. (KEHRIG et al., 2014)

Especificamente em relação ao município de Chapada dos Guimarães, o primeiro contato da coordenação estadual do PMAQ-AB com a SMS foi no início do mês de julho de 2012, comunicando a ocorrência da avaliação externa no final do mês subsequente. O secretário de Saúde foi notificado por ofício da iminente visita dos avaliadores externos, que se deslocariam diretamente para as UBSs.

Antecedendo o contato da coordenação do PMAQ-AB, o município foi chamado a lançar no sistema do programa a autoavaliação por equipe de APS. Tal coincidência temporal levou à interrupção do processo de reprogramação das melhorias derivadas da aplicação do QualiAB, pois as equipes passaram a responder o AMAQ.

Cabe ressaltar que foi um período de campanha eleitoral para o novo governo, gestão 2013-2016. O secretário municipal de Saúde se afastou para concorrer ao cargo de prefeito, ficando o gestor *pro-tempore* responsável pela condução do PMAQ-AB, sobretudo na autoavaliação. Destaca-se que as avaliações realizadas pelos profissionais,

provavelmente, não ficaram imunes a esse contexto político que, de certa forma, pode ter influenciado respostas e atitudes assumidas, mais especificamente explicitadas na dimensão avaliativa da gestão municipal.

Autoavaliação pelas equipes e avaliação externa

Nesta seção, são apresentados os resultados obtidos pela autoavaliação das equipes de APS mediante a aplicação do instrumento AMAQ e pela avaliação externa subsequente.

Os dados da avaliação externa, apreendidos mediante entrevista com o profissional enfermeiro responsável por UBSs, que tratam dos mesmos aspectos apresentados na autoavaliação, são acrescentados e discutidos respectivamente em cada dimensão de análise.

No consolidado geral das médias aritméticas obtidas na autoavaliação (Tabela 1), as unidades rurais e urbanas são classificadas em um patamar bastante próximo do nível considerado como satisfatório (a partir de 6,00). Entre as unidades rurais, há uma variação entre a unidade mais distante e isolada, classificada como regular (4,38), e a unidade que no conjunto das dimensões apresenta uma melhor autoavaliação (6,76). Entre as unidades urbanas, observou-se uma autoavaliação mais crítica na unidade urbana central (5,64) do que nas urbanas periféricas (6,16 e 6,20).

Para além dos dados que revelam tais diferenças entre as UBSs, importante registrar que as equipes foram orientadas e receberam apoio institucional para fazer a autoavaliação em discussão coletiva com todos os seus integrantes. Essa prática apenas não foi possível efetivar-se em duas unidades rurais (UBS2 e UBS3). O processo

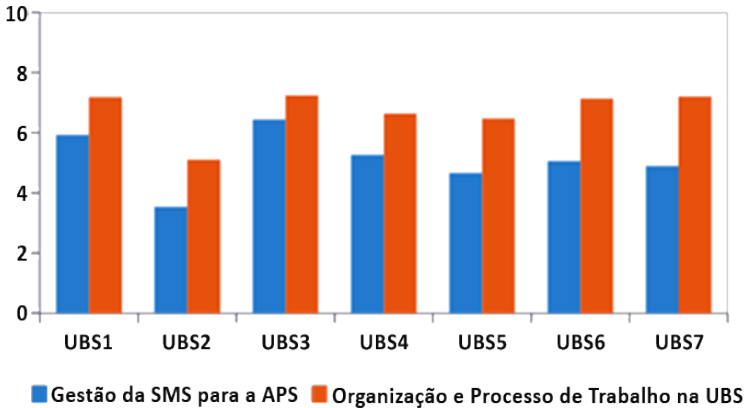
diferente pode ter levado a respostas das questões que representam somente a percepção do respondente ao não terem sido discutidas coletivamente pela equipe.

Tabela 1 – Consolidado geral das médias obtidas na autoavaliação AMAQ por UBSs rurais e urbanas. Chapada dos Guimarães/MT, 2012.

Nº	Unidade	Total geral
1	PSF Água Fria	6,60
2	PSF Jangada Roncador	4,38
3	PSF João Carro	6,76
4	PSF Praia Rica	6,05
	Subtotal rural	5,95
5	PSF Centro	5,64
6	PSF Olho D'Água	6,16
7	PSF Santa Cruz	6,20
	Subtotal urbano	6,00
	Total geral	5,97

No conjunto das três dimensões gestoras que são externas à UBS, mas que incidem sobre a mesma (macrodimensão da Gestão da SMS para a APS), a avaliação pelos profissionais é regular (5,12), bem pior que na autoavaliação do próprio trabalho pelas equipes, como expressa a macrodimensão da organização e processo de trabalho por UBS (6,71), que se revela como de qualidade satisfatória (Figura 1).

Figura 1 – Consolidado geral das médias obtidas na autoavaliação AMAQ por macrodimensão distribuídas por UBSs rurais e urbanas. Chapada dos Guimarães/MT, 2012.



Em todas as unidades, tal condição se repete, apenas com maior ou menor intensidade. Exclusivamente a UBS rural mais distante se diferenciou com uma avaliação que considera de qualidade inaceitável (3,52) o apoio recebido da gestão do nível central da SMS para a APS. As unidades urbanas avaliam essa macrodimensão como regular (4,87). Enquanto a autoavaliação do próprio processo de trabalho por UBS foi satisfatória nas unidades urbanas (6,93) e rurais (6,54), à exceção da UBS2.

Macrodimensão da gestão da SMS para a APS

Nessa macrodimensão são condensados os resultados obtidos na autoavaliação sobre as três dimensões gestoras do AMAQ, que diferem no nível de qualidade aferido: a avaliação da gestão municipal como satisfatória (6,06), a avaliação da gestão do apoio para a APS recebido do nível central como regular (5,42) e a estrutura de recursos físicos e materiais disponibilizados por UBSs como inaceitável

(3,84). Os resultados da avaliação externa aqui se reportam aos aspectos da gestão do apoio para a APS.

A reflexão sobre os dados por dimensão traz novas perspectivas de discussão, pois possibilita a identificação de fragilidades e potencialidades em cada UBS. Na perspectiva da autoavaliação, foi propiciado para as equipes uma prática reflexiva sobre os aspectos trabalhados no AMAQ, possibilitando seu uso para a tomada de decisão e melhoria contínua da qualidade da atenção prestada, um dos objetivos propostos pelo PMAQ-AB. (PINTO; SOUZA; FERLA, 2014)

Gestão municipal

Constata-se uma leitura satisfatória (6,47) feita pelas UBSs urbanas à gestão municipal, enquanto apenas regular (5,75) segundo as equipes das UBSs rurais, o que pode estar relacionado com a maior proximidade ou distanciamento das UBSs em relação ao gestor municipal (Tabela 2).

Tabela 2 - Médias aritméticas obtidas na **dimensão gestão municipal** da autoavaliação AMAQ por subdimensão, na perspectiva das equipes rurais e urbanas. Chapada dos Guimarães/MT, 2012.

Subdimensões da gestão municipal	UBSs		Total
	Rurais	Urbanas	
Implantação e implementação da APS no município	6,24	7,20	6,65
Organização e integração da rede de atenção à saúde	5,03	5,75	5,32
Gestão do trabalho	5,80	5,77	5,79
Participação, controle social e satisfação do usuário	5,16	6,00	5,52
Total	5,75	6,47	6,06

Entre as unidades rurais, a mais distante também é a que apresenta as menores avaliações em todas as subdimensões que compõem a gestão municipal, embora também obtenha o nível regular, como as demais.

O conjunto dos profissionais de APS considera satisfatória a implantação e implementação da APS no município (6,65). Na organização e integração da rede de atenção à saúde, as médias foram classificadas como regulares (5,32). Para além da UBS2, que conta com o pior acesso a outros serviços no município e região, os problemas identificados na rede são a integração dos serviços e as dificuldades e demoras nas referências para atendimentos no município de Cuiabá.

A avaliação externa identificou que está disponível, para as unidades, a central municipal de regulação para o encaminhamento dos usuários, bem como a central de marcação para consultas especializadas e exames, exceto para uma unidade rural que refere não ter essa disponibilidade. Quando necessário, a consulta especializada é marcada diretamente por uma UBS urbana e em três das UBSs rurais, cuja data é posteriormente informada ao paciente. Identificou-se que, nas outras UBSs urbana e rural, a consulta é marcada pelo próprio paciente na central de marcação.

Uma vez encaminhado o usuário para um especialista, não existe fluxo de comunicação institucionalizado entre os profissionais da APS e o profissional especialista, com exceção de duas unidades rurais, onde o profissional mantém contato diretamente com o especialista para troca de informações sobre os pacientes referenciados.

Quanto ao serviço de remoção do usuário, três equipes das UBSs rurais explicitam, na avaliação externa, que dispõem desse serviço, mas sem indicar por quem é realizado. Outra dificuldade expressada pelas equipes é que

não há disponibilidade da central para marcação de leitos. Os encaminhamentos de urgência e emergência para maior complexidade são feitos pelo hospital ou, diretamente, pelo SAMU.

No que tange à saúde bucal, as unidades urbanas têm equipe de saúde da família com saúde bucal, exceto em duas UBSs rurais que são atendidas por equipe móvel. Todavia, as unidades não dispõem de Centro Especializado de Odontologia de referência.

Na subdimensão gestão do trabalho, as médias foram classificadas como regulares (5,79). Para as equipes, a ausência de incentivos financeiros e a desatenção às ações de proteção à saúde do trabalhador da saúde foram destacadas como principais fragilidades.

O município de Chapada dos Guimarães apresenta características de gestão do trabalho semelhantes a outros municípios de pequeno porte. Conforme expresso na avaliação externa, os respondentes eram profissionais enfermeiros das UBSs que ingressaram por concurso público. Nessa SMS, todos os trabalhadores da APS, à exceção de dois médicos, ingressaram por concurso público, inclusive os ACSs, diferenciando-se da frequente precarização do trabalho dessa categoria no SUS. Em relação ao vínculo, a realidade descrita por Seidl et al. (2014) revela que 77,9% dos profissionais respondentes do primeiro ciclo do PMAQ-AB estavam vinculados diretamente à administração pública, sendo a terceirização da força de trabalho e a flexibilização dos vínculos trabalhistas mais comuns nos municípios de grande porte populacional. Embora de pequeno porte, esse município tem como diferencial apresentar um plano de carreira para seus profissionais, independentemente do nível de formação (universitária, técnica ou fundamental). No estudo de Seidl et al. (2014), os profissionais foram mais positivos em relação aos planos de carreira nos municípios de maior porte populacional.

No que se refere ao tempo de atuação, observa-se que, nas UBSs urbanas, todos os enfermeiros respondentes têm mais de um ano de atuação na APS. Já nas UBSs rurais, dois profissionais têm mais de um ano e outros dois, menos de um ano. Na média nacional, aproximadamente 56% dos respondentes na avaliação externa têm menos de dois anos de atuação na equipe, o que coloca o problema da rotatividade dos profissionais na APS. (SEIDL et al., 2014) No município de Chapada dos Guimarães, há dificuldade de fixação dos profissionais nas zonas rurais devido à distância da sede do município, pois a equipe passa a semana de trabalho hospedada na comunidade local, por conta da SMS, como também viatura e condutor. Mesmo com incentivo para o trabalho nas unidades rurais, há maior rotatividade desses profissionais, pois são distritos que ficam distantes, sem infraestrutura urbana e com precariedade no acesso. Essa situação tem sido discutida na literatura, há tempos, exemplo disso, Campos e Malik (2008) já mencionavam a dificuldade de manter médicos e enfermeiros nas equipes de saúde da família, comprometendo a construção de um vínculo com a comunidade e a qualidade da atenção prestada.

A subdimensão participação, controle social e satisfação do usuário apresentou-se como satisfatória segundo as equipes urbanas (6,00) e regular para as equipes rurais (5,52), nestas, devido à insuficiência de canais de comunicação com os usuários da APS. Estudo de Silva e Andrade (2014) reconhece a importância da participação social na gestão de políticas públicas para a APS, como nos conselhos de saúde, mas que ainda são pouco divulgados às comunidades. O apoio da gestão ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e à formação de espaços locais de participação foi positivamente avaliado. Inclusive, conforme observado na pesquisa-ação, os delegados da Conferência Municipal de Saúde de 2010, representantes

eleitos nas pré-conferências por área de abrangência de UBS, passaram a constituir conselhos locais e a integrar o Conselho Municipal de Saúde.

Gestão do apoio para a APS

Essa dimensão refere-se, propriamente, às formas de *apoio institucional* do nível central oferecidas diretamente às equipes de APS, à educação permanente em saúde e a ações de monitoramento e avaliação. Foi avaliada como regular tanto pelas equipes das UBSs urbanas (4,91) como rurais (5,80). Na comparação entre as equipes, as unidades rurais mantêm, claramente, uma média regular em duas unidades, excetuando-se desse perfil a UBS cuja avaliação se ratifica, persistentemente, como de qualidade inaceitável e a UBS *outline*, seja nessa dimensão de gestão do apoio da APS, seja destacadamente em todas as dimensões da macrodimensão gestão do nível central para as UBSs. No entanto, há importantes diferenças nas subdimensões que compõem a gestão do apoio para a APS e entre as UBSs (Tabela 3).

Tabela 3 - Médias aritméticas obtidas por questão na autoavaliação AMAQ para as subdimensões da gestão do apoio para a APS, distribuídas nas UBSs rurais e urbanas. Chapada dos Guimarães/MT, 2012.

(continua)

Indicadores (questão) por subdimensão	UBSs rurais	UBSs urbanas	Total
Apoio institucional			
Diálogo do nível central com equipes (2.1)	7,00	6,33	6,71
Apoio institucional ofertado (2.2)	6,00	3,00	4,71

Atenção Básica: Olhares a partir do PMAQ

			(conclusão)
Processo de trabalho dos apoiadores (2.3)	4,50	3,00	3,86
Média da subdimensão	5,83	4,11	5,10
Educação permanente			
EPS baseada nas necessidades sentidas (2.4)	5,75	5,00	5,43
Apoio matricial na EPS (2.5)	3,75	3,00	3,43
Oportunidades de trocas de experiências (2.6)	4,00	1,67	3,00
Tempo para reuniões de equipe (2.7)	7,75	9,67	8,57
UBS como espaço de formação e aprendizado (2.8)	6,75	4,00	5,57
Cursos de atualização e qualificação (2.9)	5,25	4,33	4,86
Média da subdimensão	5,54	4,61	5,14
Gestão de monitoramento e avaliação			
Monitoramento das prioridades (2.10)	6,00	5,67	5,86
Processos avaliativos como ferramenta de gestão (2.11)	5,50	6,00	5,71
Discussão nas equipes das avaliações realizadas (2.12)	6,25	5,67	6,00
Discussão dos compromissos pactuados (2.13)	4,25	4,00	4,14
Informações das UBSs como instrumento de gestão (2.14)	8,50	7,33	8,00
Média da subdimensão	6,10	5,73	5,94
Total da dimensão gestão da atenção básica	5,80	4,91	5,42

Na dimensão do apoio institucional, em relação ao diálogo dos profissionais de nível central da SMS no seu apoio às equipes de APS, a avaliação foi satisfatória tanto pelas UBSs urbanas (6,33) quanto rurais (7,00). O melhor nível de qualidade nesse indicador pode estar relacionado com o fato de que já vinha ocorrendo, há um ano, naquela SMS, uma pesquisa-ação de gestão coletiva do trabalho na APS, com maior possibilidade de participação, discussão, negociação, sínteses operativas, ou seja, um “processo de educação continuada em ato.” (CAMPOS, 1998, p.869) A cogestão pelas equipes possibilita autonomia, empoderamento e corresponsabilidade dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho.

Porém, o apoio institucional, enquanto indicador específico, foi insatisfatório para as unidades urbanas na sua oferta e organização; enquanto, para as unidades rurais, manteve-se satisfatório na média, porém com grande variação entre as UBSs. Chamam mais a atenção as diferenças observadas entre as quatro unidades rurais: inaceitável, regular, satisfatório e bom. Como as ações de apoio da gestão do nível central para o planejamento, organização e processos de trabalho foram similares para todas as equipes, depreendem-se diferentes entendimentos do que seria o apoio institucional recebido, ao que se podem atribuir tamanhas discrepâncias a esse respeito nas respostas das equipes.

Na avaliação externa, identificou-se que as unidades urbanas e uma UBS rural recebem apoio institucional, tendo um apoiador com atividades presenciais. Aqui, os respondentes podem estar se referindo ao coordenador de atenção básica no município e/ou um assessor interno para APS. Esses resultados corroboram os achados em nível nacional, de que, nos municípios com menos de 50 mil habitantes, as equipes participantes do PMAQ-AB

declararam receber apoio institucional permanente das SMSs. (CRUZ et al., 2014)

A educação permanente apresenta uma classificação regular nas UBSs rurais (5,54) e urbanas (4,61), porém com grandes diferenças entre as questões e unidades. O indicador mais bem avaliado foi a disponibilidade dos momentos de reunião assegurada a todas as equipes (8,57).

Quanto à UBS ser um espaço de aprendizado, a gestão oferecer cursos de atualização e qualificação e a educação permanente se basear nas necessidades sentidas pelos profissionais, esses indicadores foram autoavaliados como regulares, porém com diferenças entre as unidades nessas questões. Apesar de as ações de educação permanente que envolvem os profissionais da APS estarem presentes nas unidades rurais e urbanas, na avaliação externa, foram referidas somente por uma das UBSs urbanas e uma das rurais, apontando como estratégia a realização de cursos presenciais. No entanto, as ferramentas de estudo a distância não são utilizadas, bem como outras formas facilitadoras da educação, como a tutoria/preceptoria. Segundo o respondente, essas ações que acontecem nas unidades atendem às necessidades da equipe rural, diferentemente da urbana.

A falta de apoio matricial na educação permanente (3,43) e de estratégias para estimular a troca de experiências (3,00) destacou-se como de qualidade inaceitável para o conjunto das unidades. Porém, uma unidade urbana avalia como bom o apoio matricial com que conta, enquanto nas unidades rurais duas o avaliam como inaceitável, uma como regular e outra como bom. Colocam-se aqui, novamente, diferentes interpretações da questão, pois tal apoio tem sido trabalhado pelo nível central de forma similar para as diversas UBSs.

Cabe mencionar o papel da autoavaliação como um instrumento de educação permanente em saúde. Uma vez que o objetivo final do PMAQ-AB incide na mudança de práticas de APS, não pode prescindir de mecanismos e políticas de formação permanente no serviço. Ceccim (2005, p.162) já mencionava que a discussão central da “educação permanente em saúde é a sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde [...] que geram auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional [...]”. E prossegue o mesmo autor:

Condição indispensável para uma pessoa [] decidir mudar ou incorporar novos elementos à sua prática [...] é a detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho [...]. Esse desconforto [] tem de ser intensamente admitido, vivido, percebido. Não se contata o desconforto mediante aproximações discursivas externas. [] Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental [] dialogar com as práticas e concepções vigentes, [] e problematizá-las - não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe - e de construir novos pactos de convivência e práticas [...]. (CECCIM, 2005, p.165)

Há um potencial de autoavaliação pelas equipes de APS ao provocar um desconforto ocasionado pelas fragilidades do trabalho realizado. Tomando a discussão de Ceccim (2005), pode-se pensar a autoavaliação como uma prática educadora, em que os profissionais se aproximem de conceitos como atenção integral, humanizada e de qualidade. Finalidades dessa ordem não se constroem por vias de simples acreditação dos serviços.

A subdimensão do monitoramento e avaliação obteve médias de nível regular nas UBSs urbanas (5,73) e satisfatório nas rurais (6,10). O uso das informações geradas na UBS como instrumento de gestão e a discussão, pela equipe, das avaliações foram os indicadores de melhor desempenho. As equipes das UBSs avaliaram como regular a realização de discussões pela gestão da SMS sobre as metas pactuadas no SUS, tendo pontuação inaceitável em duas unidades urbanas e em duas rurais. Uma dessas foi a UBS rural mais distante e com menos comunicação com o nível central que atribuiu zero na sua autoavaliação, por não ser informada dos compromissos pactuados em outras esferas da gestão.

O padrão regular para o monitoramento de prioridades e para o uso dos processos avaliativos como ferramenta de gestão revela que ainda são incipientes as ações descentralizadas de planejamento e monitoramento na perspectiva da avaliação das práticas como processo de melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde.

Estrutura de recursos das UBSs

Essa dimensão concentra as piores autoavaliações dos profissionais de saúde, sendo inaceitável na média do conjunto das equipes (3,84), de forma mais acentuada para as UBSs urbanas (3,23) que nas rurais (4,31), com média regular. Entre essas últimas, persiste a pior situação na unidade rural mais isolada, pois, nas demais UBSs rurais, a avaliação foi regular ou satisfatória (Tabela 4).

Tabela 4 - Médias obtidas na autoavaliação AMAQ na dimensão estrutura de recursos das UBSs, distribuídas por unidades rurais e urbanas. Chapada dos Guimarães/MT, 2012.

Subdimensão	UBSs rurais	UBSs urbanas	Total
Infraestrutura e equipamentos	3,23	2,37	2,86
Insumos, imunobiológicos e medicamentos	5,39	4,08	4,83
Total	4,31	3,23	3,84

O maior problema da estrutura de recursos nas UBSs é a inadequada ou insuficiente infraestrutura e disponibilidade de equipamentos nas unidades, sejam rurais (3,23), sejam urbanas (2,37), perpassando todos os indicadores contemplados.

A UBS rural com maiores problemas em todas as dimensões avaliou sua infraestrutura e equipamentos como inexistente em todas as questões dessa subdimensão, à exceção da disponibilidade de veículo oficial, pois todas as unidades rurais têm um veículo próprio para as suas atividades. Como o mesmo não ocorre com as unidades urbanas, essas identificam como inexistente tal equipamento.

Adequação das instalações físicas e disponibilidade de equipamentos são inaceitáveis na média das unidades rurais (3,75), por conta de duas unidades, pois foram avaliadas como regular em uma e satisfatória em outra. Esse indicador também foi avaliado como regular em duas unidades urbanas e inaceitável em outra.

Aspectos do contexto não foram apreendidos na autoavaliação e tampouco relatados na avaliação externa. Conforme observado na pesquisa-ação, a infraestrutura

física das UBSs rurais era: a UBS2 não tinha sede própria, sendo utilizado o espaço físico do centro comunitário e, para algumas ações, a escola local. Essa UBS estava em construção com recursos do município. Concomitantemente a isso, já iniciadas as obras de reforma e ampliação de duas unidades rurais (UBS1 e 3), com redimensionamento para equipe odontológica. A UBS4, então, já contava com recursos federais para construção de nova unidade. As unidades urbanas foram adaptadas em sua estrutura física para funcionamento de UBSs, e apenas uma (UBS7) contava com espaço adequado, recém-reformado.

Os equipamentos para saúde bucal foram avaliados como inaceitáveis tanto nas unidades rurais (1,86) como urbanas (2,00), embora as comunidades rurais sejam atendidas por unidade móvel de saúde bucal. A manutenção planejada ou é inexistente ou é de nível inaceitável no conjunto das unidades (1,43). Não há telefone e internet nas UBSs (0,14). A disponibilidade de materiais e equipamentos para um primeiro atendimento de urgência e emergência (1,86) é inexistente em duas UBSs, inaceitável em outras três e regular em duas. Como também as condições de acessibilidade para pessoas com necessidades especiais e idosos (1,71), inexistentes nas UBSs urbanas e inaceitáveis nas UBSs rurais.

Somente dois indicadores da infraestrutura e equipamentos foram avaliados como de nível regular tanto na média das unidades rurais como urbanas: a privacidade dos consultórios (4,71), à exceção da UBS2 rural e da UBS6 urbana; e a identificação visual nas UBSs (4,57), embora a UBS5 urbana avaliasse como inaceitável e as unidades rurais apresentassem um nível inaceitável (2,75).

Quanto aos insumos, imunológicos e medicamentos, estes no conjunto se configuram como de nível regular (4,83), pois os problemas com materiais de consumo em geral,

numericamente, compensam-se com a boa disponibilidade de imunobiológicos e regular de medicamentos. Nessa subdimensão, há maior variação entre as UBSs rurais (5,39), sendo uma de nível inaceitável, duas regulares e uma considerada de bom nível de qualidade. Nas UBSs urbanas (4,08), duas ficaram classificadas no nível inaceitável e a outra como regular na disponibilidade dos insumos em geral.

Destaca-se, primeiramente, nessa subdimensão, a quase absoluta disponibilidade de vacinas do calendário, seja nas UBSs rurais (9,75) ou urbanas (10,0). E a existência de material impresso para as atividades é boa na média das UBSs rurais (8,00) e satisfatória na média das urbanas (5,33).

O controle e conservação de estoque nas UBSs rurais varia de inexistente (na UBS2), regular em outra e bom em duas outras. A quantidade de insumos nas UBSs rurais (5,25) e urbanas (4,67) apresenta qualidade regular nas médias, sendo que apenas uma unidade urbana (UBS7) apontou um bom nível de qualidade. Nos medicamentos básicos, a média regular (4,74) é consistente entre unidades rurais (4,00) e urbanas (5,73). Na avaliação externa, nenhuma unidade urbana considerou suficientes os medicamentos da farmácia básica que possui/recebe para atender a sua população, de maior fluxo, enquanto duas unidades rurais consideraram suficientes. A frequência de recebimento dos medicamentos foi variável, desde semanal, mensal e outro, independentemente da localidade rural ou urbana.

A disponibilidade dos materiais para o trabalho das ACSs (4,00) nas unidades rurais (4,25) foi considerada maior que nas urbanas (3,67). Todas as equipes recebem indistintamente seu material de trabalho, porém o número de famílias atendidas por UBS é muito maior nas zonas urbanas que rurais, onde as distâncias são maiores.

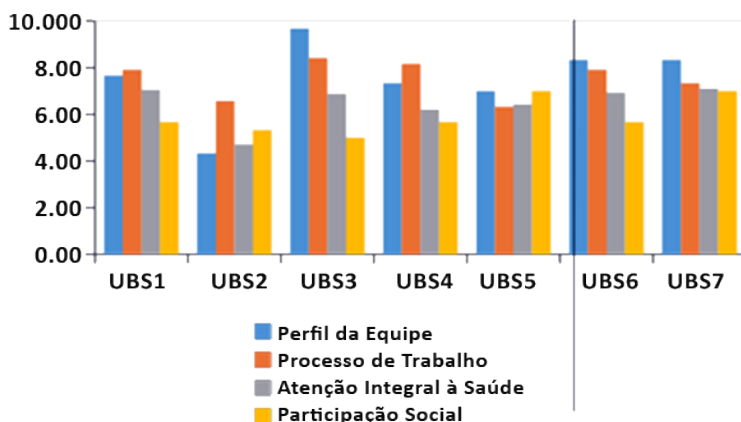
Os maiores problemas de insumos referem-se a equipamentos de proteção individual (3,86), insumos e medicamentos para urgência (2,29) e materiais para práticas integrativas (1,71), uma vez que, nestas últimas, a acupuntura é realizada exclusivamente no centro de referência para a APS. A avaliação externa reconheceu que algumas UBSs oferecem práticas integrativas e complementares, sendo uma urbana e duas rurais, porém não informam quais são essas práticas.

Macrodimensão da organização do processo de trabalho das equipes e da prestação de cuidados

Essa macrodimensão se constitui por uma única dimensão na estrutura do AMAQ. Aqui são trabalhadas suas quatro dimensões: perfil da equipe, organização do processo de trabalho, atenção integral à saúde e participação social.

A autoavaliação do processo de organização do trabalho e atenção prestada pelas equipes foi satisfatória (6,71) no conjunto das unidades, em todas as urbanas (6,93) e na média das rurais (6,54), com exceção da UBS2 em nível regular (5,10).

Figura 2 – Médias obtidas na autoavaliação AMAQ na macrodimensão **processo de organização e APS**, distribuída por UBS. Chapada dos Guimarães/MT, 2012.



No conjunto das unidades rurais (com exceção da UBS3), a dimensão da organização do processo de trabalho foi a mais bem avaliada (7,77), acima do perfil da equipe (7,52), inversamente das unidades urbanas (7,19 e 7,89). Embora todas as dimensões aqui tenham um nível praticamente satisfatório de qualidade, na média das unidades, fica em terceiro lugar a dimensão atenção integral à saúde (6,47) e por último, a participação social (unidades rurais com 5,91 e urbanas 6,56) no gerenciamento local da UBS, o que se inverte em uma das unidades rurais e em uma das urbanas.

Perfil da equipe

Os profissionais de saúde que compõem a equipe de APS são os agentes do processo de trabalho das UBSs, o que coloca o perfil dessa equipe como construto da qualidade da APS prestada. Tanto as UBSs rurais como as urbanas no município contam com a equipe básica da estratégia de saúde da família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS). O perfil da equipe foi avaliado pelos próprios integrantes (Tabela 5) como satisfatório (7,52), tanto nas unidades rurais (7,25) como urbanas (7,89).

Tabela 5 - Médias obtidas na autoavaliação AMAQ na dimensão perfil da equipe, distribuídas por UBSs rurais e urbanas. Chapada dos Guimarães/MT, 2012.

Indicadores (questão) da dimensão	UBSs rurais	UBS Us urbanas	Total
Formação complementar de profissionais universitários (4.1)	7,50	6,67	7,14
Atualização e qualificação da equipe (4.2)	5,50	8,00	6,57
Iniciativas de gestão do trabalho em equipe (4.3)	8,75	9,00	8,86
Total	7,25	7,89	7,52

As iniciativas de gestão do trabalho em equipe apresentaram um bom nível de qualidade (8,86) consistente em praticamente todas as UBSs. A formação complementar dos profissionais médicos e enfermeiros foi considerada de nível satisfatório (7,14), sendo melhor nas unidades rurais (7,50) do que nas urbanas (6,67). Segundo a avaliação externa, os profissionais enfermeiros, identificados como coordenadores de equipe das UBSs urbanas não possuem formação complementar. Já os atuantes nas UBSs rurais possuem especialização em Saúde da Família ou em Saúde Pública/Coletiva. A atualização e qualificação da equipe também revelou-se satisfatória (6,57).

Organização do processo de trabalho na UBS

O conjunto das questões mais gerenciais locais de organização do processo de trabalho são autoavaliadas (Tabela 6) como satisfatórias (7,52) pelas equipes, sem diferenças de nível entre as unidades rurais (7,77) e urbanas (7,20) e sequer entre si.

Tabela 6 - Médias obtidas na autoavaliação AMAQ na dimensão organização do processo de trabalho, distribuídas por UBSs rurais e urbanas. Chapada dos Guimarães/MT, 2012.

(continua)

Indicadores (questão) da dimensão	UBSs rurais	UBSs urbanas	Total
Território definido e responsabilização (4.4)	9,75	8,67	9,29
40 horas semanais de atendimento (4.9)	9,50	8,67	9,14

Atenção Básica: Olhares a partir do PMAQ

			(conclusão)
Reuniões de equipe semanais ou quinzenais (4.13)	9,00	9,33	9,14
Visita domiciliar programada da equipe (4.10)	9,25	8,33	8,86
Acolhimento à demanda espontânea (4.11)	8,50	6,33	7,57
Diagnóstico situacional para planejar ações (4.5)	7,50	7,33	7,43
Monitoramento das ações e dos resultados (4.14)	6,75	8,00	7,29
Atendimentos de urgência e emergência (4.12)	5,67	8,25	7,14
Gestão do cuidado (4.7)	8,75	4,67	7,00
Agenda de trabalho dos profissionais (4.6)	5,50	7,67	6,43
Monitoramento de exames e encaminhamentos (4.15)	5,25	7,00	6,00
Abordagem familiar e de grupos sociais (4.8)	5,25	4,67	5,00
Total	7,77	7,20	7,52

Há uma homogeneidade avaliativa positiva entre as unidades no indicador de definição do território, vínculo e responsabilização da equipe com nível bom de qualidade (9,29), sejam rurais (9,75) ou urbanas (8,67). Com relação a essa questão, a avaliação externa identifica que todas as unidades têm definição de área de abrangência, com diferenças no desenho do território e sinalização das

microáreas. Somente uma UBS urbana e duas rurais têm mapa definido. Identificou-se, ainda, que três UBSs rurais possuem microáreas com população descoberta por ACS no entorno do território de abrangência das equipes.

Oferta de 40 horas semanais de atendimento à população e realização sistemática das reuniões de equipe também foram bem avaliadas (9,14). Todas as unidades informaram aos avaliadores externos que fazem reuniões de equipe, com variações semanal, quinzenal ou mensal de acordo com o tipo de UBS. As unidades urbanas se reúnem com periodicidade semanal, diferentemente das rurais, que fazem reuniões semanais, quinzenais ou mensais, de acordo com o planejamento. Quanto à visita domiciliar, houve pequena variação entre unidades rurais e urbanas, todas em bom nível de qualidade.

A maioria dos indicadores de organização do trabalho obteve avaliação satisfatória para o conjunto de UBSs, destacando-se os três relacionados ao planejamento local que foram avaliados positivamente. O acolhimento à demanda espontânea (7,57) é bom nas UBSs rurais e satisfatório nas UBSs urbanas, sendo regular em duas dessas. É estranho que a avaliação externa tenha identificado que o acolhimento à demanda espontânea não está implantado nas UBSs, e que, no entanto, em todas, os usuários têm suas necessidades escutadas e avaliadas. O diagnóstico situacional realizado para a equipe planejar suas ações (7,43) ocorre em todas unidades, rurais e urbanas, mas em diferentes níveis de qualidade: duas UBSs rurais autoavaliaram esse indicador como bom, uma, como satisfatório e outra, como regular; assim também nas unidades urbanas, sendo uma como bom, uma como satisfatório e uma como regular. O monitoramento e análise das ações realizadas também é satisfatório (7,29), melhor nas UBSs urbanas que nas rurais.

No conjunto das UBSs (7,14), a realização de atendimentos de urgência e emergência foi satisfatória, chegando ao nível bom nas unidades rurais, enquanto regular nas urbanas, o que se justifica pela existência de Unidade de Pronto Atendimento junto ao hospital municipal, muito próximo dessas últimas unidades. A avaliação externa identifica que uma equipe urbana e três unidades rurais realizam atendimento de urgência e emergência, estas últimas devido à importância da ação imediata e à distância das UBSs do perímetro urbano.

Embora a média tenha sido satisfatória para o conjunto das unidades (7,00), a gestão do cuidado com construção coletiva de projetos terapêuticos é mais frequente nas UBSs rurais (8,75) que nas urbanas (4,67), avaliada como regular nessas últimas. Cabe registrar que é muito grande a demanda nas UBSs urbanas, o que acaba comprometendo a gestão do cuidado. Os encaminhamentos para exames e especialidades são monitorados pelas equipes rurais de forma regular (5,25) e satisfatória pelas urbanas (7,00).

Existe uma agenda aos cuidados da equipe para os profissionais, o que alcança um patamar satisfatório na média do conjunto das unidades e nas urbanas (7,67), sendo regular nas rurais (5,50), que trabalham mais com a demanda espontânea. Segundo a Avaliação Externa, todas as unidades possuem uma agenda semanal de atividades pactuadas pelo conjunto com profissionais que integram a equipe, sendo compartilhada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. A agenda está organizada para realização de visitas domiciliares, atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde. Nesta, existe reserva de vagas ou horário de fácil acesso ao profissional para que os usuários possam buscar e mostrar resultados de exames e sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação.

O maior problema da organização do trabalho pelas equipes é a abordagem familiar e de grupos sociais específicos, de nível apenas regular no conjunto das UBSs (5,00), destacando-se positivamente uma unidade rural e uma urbana, como também, negativamente, outra rural e outra urbana.

Atenção integral à saúde

Nessa subdimensão estão congregadas 41 questões que representam potenciais indicadores da qualidade do processo de atenção à saúde prestada nas UBSs (Tabela 7). No seu conjunto, as UBSs se autoavaliaram como de nível satisfatório (6,47), sejam rurais (6,21) ou urbanas (6,82). Somente a UBS2 rural foi classificada como regular nessa subdimensão.

Tabela 7 - Médias boas e satisfatórias obtidas na autoavaliação AMAQ na dimensão atenção integral à saúde, distribuídas por UBSs rurais e urbanas. Chapada dos Guimarães/MT, 2012.

(continua)

Indicadores (questão) da subdimensão	Nível bom de qualidade		
	UBSs rurais	UBSs urbanas	Total
Vigilância e tratamento da sífilis (4.23)	10,00	9,67	9,86
Vacinas de rotina até 10 anos (4.20)	9,75	9,67	9,71
Consulta de puerpério (4.25)	9,25	9,00	9,14
Vigilância e controle da hanseníase (4.36)	9,00	9,33	9,14

Atenção Básica: Olhares a partir do PMAQ

(continua)

Vigilância e tratamento da tuberculose (4.35)	9,00	9,00	9,00
Investigação de óbito infantil (4.46)	9,50	8,33	9,00
Consultas de pré-natal (4.22)	9,00	8,33	8,71
Uso da caderneta de saúde da criança (4.16)	9,00	8,00	8,57
Acompanhamento dos casos de DST/Aids (4.42)	9,25	7,67	8,57
Prevenção do câncer de colo e mama (4.26)	8,25	8,33	8,29
Ações para redução da dengue (4.47)	8,25	8,33	8,29
Ações de vigilância epidemiológica (4.43)	8,25	8,00	8,14
Crescimento e desenvolvimento do menor de 1 ano (4.17)	7,25	9,00	8,00

Nível satisfatório de qualidade

Indicadores (questão) da subdimensão	UBSs rurais	UBSs urbanas	Total
Aleitamento materno e alimentação saudável da criança (4.19)	6,75	9,33	7,86
Captação de gestantes no primeiro semestre (4.21)	8,25	7,33	7,86
Reconhecimento dos diferentes saberes de saúde (4.53)	7,75	7,67	7,71
Promoção de ambientes saudáveis (4.48)	7,00	6,33	6,71
Abordagem da sexualidade e prevenção de DST/Aids (4.41)	4,75	8,30	6,27
Registros e classificação de risco dos hipertensos (4.33)	6,75	8,67	7,57

Tabela 7 - Médias boas e satisfatórias obtidas na autoavaliação AMAQ na dimensão atenção integral à saúde, distribuídas por UBSs rurais e urbanas. Chapada dos Guimarães/MT, 2012.

(conclusão)

Nível satisfatório de qualidade			
Indicadores (questão) da subdimensão	UBSs rurais	UBSs urbanas	Total
Registros e classificação de risco dos diabéticos (4.34)	7,25	8,00	7,57
Estímulo à alimentação saudável na comunidade (4.52)	6,75	7,67	7,14
Acompanhamento da saúde do idoso (4.30)	6,75	6,67	6,71
Vulnerabilidade e risco da criança até 9 anos (4.18)	6,75	6,33	6,57
Planejamento familiar (4.28)	7,00	6,00	6,57
Visita domiciliar no pós-parto (4.24)	4,75	8,00	6,14

Em todas as UBSs do município, o melhor nível de qualidade situa-se no conjunto de ações de vigilância epidemiológica e de controle da hanseníase, tratamento da tuberculose e sífilis, de prevenção das DST/Aids, e da dengue, como também nas ações programáticas de pré-natal, puerpério, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, caderneta da criança, vacinação de rotina e investigação do óbito infantil. Apenas excepcionalmente, alguma UBS deixa de realizar tais atividades, como no acompanhamento dos casos de DST/Aids em uma UBS urbana, ou de prevenção do câncer de colo e mama em uma UBS rural e no acompanhamento do

crescimento e desenvolvimento do menor de 1 ano nessa última unidade.

As ações prestadas com um nível satisfatório de qualidade obtido na autoavaliação abrangem a captação de gestantes e cuidados domiciliares no pós-parto, alimentação saudável da criança e na comunidade, promoção de ambientes saudáveis, abordagem da sexualidade e prevenção de DST/Aids, acompanhamento de diabéticos e hipertensos, de idosos, de crianças, como também o planejamento familiar.

De acordo com a avaliação externa, todas as unidades possuem protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para ações programáticas de prevenção do câncer de colo de útero e de mama, ações de pré-natal, acompanhamento de crianças menores de 2 anos, vigilância de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tuberculose, hanseníase. As equipes solicitam exames para diagnóstico e acompanhamento dessas outras doenças como as sexualmente transmitidas, sendo que o teste rápido de sífilis é realizado somente em uma unidade urbana e em três rurais.

Todas as equipes das unidades realizam visitas domiciliares. Nas visitas realizadas pelos ACS, é efetivada busca ativa, no território, de gestantes, hipertensos e diabéticos faltosos. Destaca-se que duas UBSs urbanas e somente uma rural realizam busca ativa de faltosos no tratamento da tuberculose diretamente observado. Já nos casos de hanseníase, todas as urbanas e três rurais realizam busca ativa de faltosos. O cuidado domiciliar é realizado pelos profissionais da equipe: médico, enfermeiro e técnico de enfermagem. Ainda nesse aspecto, os profissionais realizam consulta/atendimento clínico ao usuário idoso e/ou com doença crônica domiciliado ou acamado.

Todas as UBSs realizam a coleta do exame citopatológico na própria unidade de saúde, utilizando-se de estratégias de divulgação/sensibilização para realização deste e do exame das mamas para seguimento das mulheres após o tratamento.

As unidades de saúde organizam as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, disponibilizando atendimento às intercorrências ou urgências da gestante de alto risco. Todas as unidades realizam visita domiciliar de membro da equipe, a fim de garantir a consulta de puerpério até dez dias após o parto. Em todas as unidades, há o acompanhamento das crianças do território, com registro sobre: vacinação em dia da criança, crescimento e desenvolvimento, estado nutricional e teste do pezinho.

Referente ao planejamento familiar, segundo a avaliação externa, duas UBSs urbanas e duas rurais desenvolvem ações por disponibilizarem contraceptivos e preservativos femininos e masculinos para a população.

Tabela 8 - Médias regulares e inaceitáveis obtidas na autoavaliação AMAQ na dimensão atenção integral à saúde, distribuídas por UBSs rurais e urbanas. Chapada dos Guimarães/MT, 2012.

(continua)

Nível regular de qualidade			
Indicadores (questão) da subdimensão	UBSs rurais	UBSs urbanas	Total
Atenção integral à saúde do homem (4.27)	6,25	5,00	5,71
Prevenção e promoção de saúde bucal (4.32)	2,25	7,67	4,57
Ações de vigilância ambiental e sanitária (4.44)	4,50	7,00	5,57

Atenção Básica: Olhares a partir do PMAQ

(conclusão)

Acompanhamento de saúde mental (4.37)	6,75	3,33	5,29
Enfrentamento de problemas sociais (4.54)	5,25	4,67	5,00
Incentivo à inclusão social (4.56)	5,25	4,33	4,86
Integração dos saberes populares (4.55)	4,25	5,33	4,71
Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (4.57)	4,00	5,67	4,71
Ações de saúde na escola (4.50)	3,50	5,67	4,43
Redução de danos no alcoolismo e drogas (4.38)	4,75	3,67	4,29

Nível insatisfatório de qualidade

Indicadores (questão) da subdimensão	UBSs rurais	UBSs urbanas	Total
Desenvolvimento de grupos terapêuticos (4.49)	2,00	6,33	3,86
Saúde do trabalhador (4.45)	3,00	4,33	3,57
Ações em casos de violência (4.40)	4,00	3,00	3,57
Política nacional de saúde bucal (4.31)	2,00	5,67	3,57
Atenção integral à saúde do adolescente (4.29)	3,25	4,00	3,57
Atividades físicas (4.51)	1,50	5,00	3,00
Ações para os usuários de tabaco (4.39)	2,25	2,67	2,43

As ações avaliadas como de qualidade apenas regular (Tabela 8) referem-se àqueles segmentos populacionais e problemas de saúde ainda com dificuldades na APS do município, como saúde do homem, saúde bucal, saúde mental, alcoolismo, saúde na escola, vigilância ambiental e sanitária e, ainda, o enfrentamento de problemas sociais e o incentivo à inclusão social, por um lado, e de integração dos saberes populares e de práticas integrativas, por outro.

Os indicadores com maiores problemas, de qualidade inaceitável, compreendem ações com grupos terapêuticos, saúde do trabalhador, casos de violência, saúde do adolescente, atividades físicas, usuários de tabaco e atendimento à política nacional de saúde bucal.

Participação social e satisfação do usuário em nível local

Os resultados da autoavaliação situam-se entre regular e satisfatório na participação social e satisfação do usuário em nível local (Tabela 9). O indicador mais bem avaliado trata das informações oferecidas aos usuários sobre o funcionamento da unidade e a principal fragilidade diz respeito a reuniões com a comunidade.

Tabela 9 - Médias obtidas na autoavaliação AMAQ na dimensão participação social e satisfação do usuário, distribuídas por UBSs. Chapada dos Guimarães/MT, 2012.

Indicadores (questão) da dimensão	UBSs rurais	UBSs urbanas	Total
Reuniões de comunidade (4.58)	3,75	5,00	4,29
Canais de comunicação com o usuário (4.59)	5,75	6,67	6,14
Informações sobre o funcionamento da UBS (4.60)	6,75	8,00	7,29
Total	5,42	6,56	5,91

As UBSs urbanas e somente uma rural dispõem de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões na atenção básica. No entanto, esse canal não foi informado na avaliação externa, e identificou-se que todas as UBSs urbanas realizam pesquisa de satisfação ao usuário, o que não ocorre nas rurais. No entanto, a opinião do usuário é considerada pela equipe para a reorganização e qualificação do processo de trabalho. É relevante, também, que todas as unidades urbanas e duas rurais reconhecem a existência do Conselho Local de Saúde atuante nas UBSs.

Os problemas e desafios encontrados como resultado da avaliação da APS realizada não são exclusividade do município de estudo. Estudos nacionais realizados nos últimos anos têm demonstrado limitações no que se refere à consolidação da APS (GÖTTEMS; PIRES, 2009; SILVA; ANDRADE, 2014; VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015), envolvimento da equipe local de saúde no processo de melhoria da qualidade dos serviços (KELL; SHIMIZU, 2010; MARQUI et al., 2010; AMORIM et al., 2014), integração dos serviços de saúde em seus diferentes níveis (BARROS; SÁ; 2010; ALMEIDA et al., 2010; GOMES et al., 2011; CARNEIRO et al., 2014; MACEDO; MARTIN, 2014), situações que acabam por comprometer a qualidade da atenção e o cuidado em saúde.

Considerações finais

Os resultados da avaliação de qualidade apreendidos foram bastante parecidos entre unidades rurais e urbanas em todas as dimensões do estudo, que compartilharam uma média de desempenho próxima de 60% do padrão esperado.

Na macrodimensão da gestão da SMS para a APS, em seu conjunto avaliada como regular, destacou-se a valorização da APS pela gestão municipal, com uma boa implantação e implementação desta no município, como também a ação direta do gestor municipal na APS, que, efetivamente, reconhece a força da atenção primária no SUS em pequenos municípios.

Os problemas emergem nas outras subdimensões da gestão municipal, que são avaliadas, predominantemente, como regulares: a organização e integração com a rede de atenção à saúde é pior para as UBSs rurais, como também a participação, o controle social e a satisfação do usuário. Já a gestão do trabalho é mais bem valorizada nas UBSs urbanas.

Uma questão crucial para a qualidade da APS é a dimensão aqui trabalhada como gestão do apoio para a APS, também avaliada como regular, indistintamente, na média das unidades rurais e urbanas, na autoavaliação. O apoio institucional é satisfatório em termos de relação democrática e dialógica dos técnicos de apoio do nível central com as equipes, porém sem uma regularidade na sua efetivação em relação às expectativas das diversas unidades. A educação permanente, avaliada como regular no seu conjunto, porém sem utilizar apoio matricial nem estimular a troca de experiências, diferencia-se entre unidades rurais e urbanas enquanto espaços de formação e aprendizagem, que predominam nas UBSs rurais. A também

regular gestão do monitoramento e avaliação é melhor nas unidades rurais quanto ao uso do potencial pedagógico das ações avaliativas e parcial na discussão com as equipes sobre as pactuações do município a respeito das ações de APS em UBSs rurais e urbanas.

Embora a dimensão mais crítica na avaliação das equipes seja a estrutura de recursos na UBS, a disponibilidade do conjunto de insumos, imunobiológicos e medicamentos, dadas as compensações numéricas nos pontos entre si, situa-se no mesmo nível regular obtido nas dimensões gestoras anteriores. O que é inaceitável, e compromete a estrutura de recursos na UBS, é a infraestrutura e equipamentos disponíveis, seja em UBS rural ou urbana.

Como, em todas as UBS, o próprio processo de trabalho foi sistematicamente mais bem avaliado do que a gestão da SMS que incide sobre a APS, cabe refletir sobre as condições que propiciaram a melhor qualidade dos processos de trabalho nessas unidades. Essa reflexão implica avaliar a conjuntura do momento da avaliação para além dos detalhes estáticos da fotografia apreendida, o que se coloca como fragilidade dos instrumentos avaliativos utilizados no PMAQ-AB.

Superpondo-se à identificação das fragilidades a superar, durante a avaliação externa, houve também a explicitação, pelas UBSs, de um quadro bastante positivo: gestores, em diferentes níveis da SMS, preparados e preocupados em oferecer, aos usuários, UBSs mais estruturadas, melhores condições de trabalho aos profissionais, acesso de qualidade à população, superação de dificuldades e limitações, as quais não foram obstáculos suficientes para impedir a oferta de um atendimento qualificado. A dedicação das equipes de saúde foi outra potencialidade. Muitos profissionais destacaram-se pelo envolvimento e compromisso, cobrando por qualificações

no sentido de ampliar seus horizontes de saberes para operar novas ações programáticas e maiores benefícios para a equipe e comunidades.

O presente estudo revela a potencialidade das avaliações da APS contidas no PMAQ-AB, ao possibilitar todas as análises realizadas. Muitos outros desenhos analíticos e abordagens podem ser construídos a partir dessa ordem de avaliação de serviços de APS, o que certamente contribuirá com a produção derivada de pesquisas em serviços de saúde no Brasil. Dada a estruturação e consistência dos resultados obtidos com os dados gerados via AMAQ, neste estudo, estes apresentam uma oportunidade ímpar de análise mais densa da situação das UBSs, tanto por referência ao apoio da gestão municipal à APS quanto pela própria autoavaliação do processo de trabalho das equipes de APS. Mesmo que ainda não tenham sido encontradas outras publicações com análise dos resultados de sua aplicação, o que define a originalidade do presente estudo.

Os resultados da avaliação externa do PMAQ-AB vêm sendo, cada vez mais, publicados, a exemplo de um número temático de revista científica da área da Saúde Coletiva (RSD, 2014) sobre a avaliação da APS no SUS. Em sua apresentação, são reconhecidos os limites de uma avaliação externa com fins de certificação das UBSs, para fins de transferências financeiras. Como também, por outro lado, há diversas possibilidades de abordagens utilizando a base de dados produzida nos inquéritos realizados, apesar das inconsistências identificadas no ciclo primeiro do PMAQ-AB.

Neste estudo, os dados da avaliação externa apresentados corroboraram os resultados da autoavaliação AMAQ e, por vezes, complementavam-nos. Algumas divergências que foram explicitadas podem ser compreendidas pela subjetividade dos profissionais

em dois contextos e técnicas diferentes da coleta das informações. Por outro lado, a avaliação externa também produz uma mobilização local dos sujeitos da avaliação. No caso apresentado, dada a especificidade do contexto político, sobretudo, a avaliação externa para o município teve uma conotação fiscalizadora. O seu contato direto com as equipes, sem intermediação do gestor, pode limitar o processo dialógico e de mudanças que justifica a realização de qualquer avaliação de serviços de saúde.

Um processo avaliativo, como o realizado, tem efeitos na gestão, na organização dos processos de trabalho das equipes e na prestação de cuidados pelas UBSs. Além disso, pode-se afirmar que a presença de apoiadores institucionais da universidade na autoavaliação AMAQ, por um lado, e de avaliadores externos do PMAQ-AB, por outro, despertou, nos profissionais de APS no município, expectativas de melhoria da saúde local.

A prática da autoavaliação, no município, foi profícua, no sentido de propiciar a reflexão de atitudes e procedimentos pelas equipes. No entanto, ainda permaneceu a atitude de cumprir uma demanda do nível superior e de fiscalização dos serviços, no que se refere à avaliação externa. Cabe refletir sobre o papel da avaliação, não, simplesmente, como fiscalizadora, em nome de uma acreditação conforme parâmetros, muitas vezes, utópicos ou inadequados a realidades tão distintas, mas, sim, em sua real importância, a reflexão para mudança. O Ministério da Saúde e os gestores precisam refletir sobre o papel de uma avaliação, pois construir e institucionalizar um sistema de acreditação não significa trazer qualidade para a APS, mantendo-se a desigualdade entre as UBSs e a exclusão de grande parte da população.

Em publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), foram divulgados os parâmetros quantitativos para a certificação das equipes de atenção básica, estabelecendo sua distribuição percentual: 70% para a avaliação externa; 20% para os indicadores de desempenho disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ou o módulo e-SUS AB no Portal do Gestor; e 10% para a implementação de processos autoavaliativos.

Embora a autoavaliação, no âmbito do PMAQ-AB, seja considerada “como o ponto de partida para a reorganização da equipe e da gestão visando à melhoria da qualidade dos serviços” (BRASIL, 2015, p.7), na composição da nota final de certificação no PMAQ-AB a autoavaliação representa somente 10%. Tal desvalorização do processo autoavaliativo vai contra os pressupostos do próprio PMAQ-AB. Questiona-se que a certificação das equipes de atenção básica no SUS seja tão fortemente ancorada no momento da avaliação externa (70%), que desconsidera o que é mais permanente na APS: suas equipes e os resultados do seu trabalho expresso nos indicadores de atenção básica (SIAB ou e-SUS AB).

Para o alcance da finalidade do PMAQ-AB de avaliação de qualidade da APS, é fundamental o espaço da autoavaliação, por sua condição precípua de propiciar uma reflexão crítica sobre as condições e práticas das UBSs. No entanto, para que isso ocorra, os instrumentos utilizados devem estar validados para a realidade brasileira, de forma a assegurar seu rigor metodológico, a exemplo do PCATool e QualiAB. Inclusive, o AMAQ reúne condições para sua validação nacional.

Diante desses desafios, o AMAQ é um instrumento que possibilita um repensar crítico pelas equipes sobre o trabalho realizado, o que propicia uma ação corretiva mais rápida e oportuna sobre os problemas existentes. Nesse

sentido, a reprogramação de melhorias na qualidade de APS, como a etapa de recontractualização que o PMAQ-AB prevê, deve, possivelmente, tornar-se mais resolutiva, se ancorada em um efetivo processo de autoavaliação.

Referências

ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; ESCOREL; S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, fev. 2010, v.26, n.2, p.286-298.

AMORIM, A.C.C.L.A. et al. Práticas da Equipe de Saúde da Família: orientadoras do acesso aos serviços de saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, out-dez. 2014, v.23, n.4, p.1077-1086.

BARROS, D.M.; SÁ, M.C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010, v.15, n.5, p.2473-2482.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (6v. Série B: Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 648**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool – PCATool**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Decreto 7508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011, 29 jun. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 1654**, de 19 de julho de 2011. Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série B. Textos básicos de saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota metodológica da certificação das equipes de Atenção Básica participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ 2013-2014 (versão preliminar).** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAMPOS, C.V.A.; MALLIK, A.M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos no Programa Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.42, n.2, p.347-368, 2008.

CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1998, v.14, n.4, p.863-870.

CARNEIRO, M.S.M. et al. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, out, 2014, v.38, n.especial, p.279-295.

CASTANHEIRA, E.R.L. et al. Avaliação da qualidade da atenção básica em 37 municípios do centro-oeste paulista: características da organização da assistência. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, 2009, v.18, n.2, p.84- 88.

CASTANHEIRA, E.R.L. et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, 2011, v.20, n.4, p.935-947.

CASTANHEIRA, E.R.L. (coord). **Avaliação e monitoramento de serviços de atenção básica:** atualização e validação do instrumento QualiAB para nível nacional. Projeto submetido ao Comitê Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, edital Universal 04/2012), 2012.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Com., Saúde, Educ., Botucatu**, set.2004/fev.2005, v.9, n.16, p.161-177.

CRUZ, M.M. et al. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, out 2014, v.38, n. especial, p. 124-139.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how care it be assessed? **Archives of Patology & Laboratory Medicine**, Northfield, p. 1145-1150, nov. 1997.

_____. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Quartely**, New York, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

FERLA, A.A. (coord.). **Avaliação da atenção básica no Brasil:** estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários. Projeto Rede Governo Colaborativo em Saúde, 2011.

GOMES, K.O. et al. Atenção primária à saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011, v.16 (supl. 1), p.881-892.

GÖTTEMS, L.B.D.; PIRES, M.R.G.M. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Saúde Soc.**, São Paulo, 2009, v.18, n.2, p.189-198.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Brasília: IBGE, 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_mato_grosso.pdf>. Acesso em: 15/07/2015.

KEHRIG, R.T. et al. Gestão coletiva dos processos de trabalho como aprendizado na atenção primária de saúde: o caso do município de Chapada dos Guimarães/MT. In: SPINELLI, M. A. S. et al. (orgs). **Saúde, Trabalho e Cidadania em Mato Grosso**. Cuiabá: EdUFMT, 2014, p. 85-108.

KELL, M.C.G.; SHIMIZU, H.E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010, v.15 (supl. 1), p.1533-1541.

MACEDO, L.M.; MARTIN, S.T.F. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da atenção primária. **Interface Comunicação Saúde Educação**, 2014, v.18, n.51, p.647-59.

MARQUI, A.B.T. et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2010, v.44, n.4, p.956-961.

PINTO, H.A.; SOUZA, A.N.A.; FERLA, A.A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, out. 2014, v.38, n. especial, p.358-372.

RSD. **Saúde em Debate**, out. 2014, v.38, n. especial.

SEIDL, H. et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica de Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 2014, v.38, n.especial, p.94-108.

SILVA, R.M.; ANDRADE, L.O.M. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. **Physis** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2014, v.24, n.4, p.1207-1228.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VIEGAS, A.P.B.; CARMO, R.F.; LUZ, Z.M.P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde Soc.**, São Paulo, 2015, v.24, n.1, p.100-112.

PERFIL DO CIRURGIÃO-DENTISTA DA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DO PARÁ

Marizeli Viana de Aragão Araújo

Helder Henrique Costa Pinheiro

Danielle Tupinambá Emmi

Eric Campos Alvarenga

Mayara Sabrina Luz Miranda

Regina Fátima Feio Barroso

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pela Portaria 1654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, além de promover a avaliação dos serviços de atenção básica, constitui-se em proposta de garantir melhor incentivo financeiro aos municípios e estabelecer, de forma contínua, um círculo virtuoso da avaliação dos serviços, como estratégia capaz de superar as iniquidades entre as diferentes regiões do Brasil. (BRASIL, 2012a)

No contexto da avaliação externa, os serviços de atenção básica recebem avaliação *in loco*, através de instrumentos com competência de atribuir valores a um conjunto capaz de promover a qualidade das ações, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse conjunto da coleta de informações, além da avaliação física da estrutura das unidades que realizaram a adesão ao PMAQ-AB, respondem ao instrumento profissionais que desenvolvem atividades na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e usuários do sistema, como atores importantes na rede de atenção do município envolvido. (REDE GOVERNO, 2011)

Entre os profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar inserida na ESF, está o cirurgião-dentista, que deve ser o responsável pela reorganização dos serviços de saúde bucal, por meio da reorientação do processo de trabalho, visando ao maior acesso e à melhoria da saúde bucal das pessoas e da coletividade .

Para traçar o perfil do cirurgião-dentista, de acordo com os dados coletados das informações proporcionadas pelo PMAQ-AB, faz-se necessário realizar um caminho metodológico de cada uma das partes que podem afetar o perfil desse profissional no desempenho (in)desejável, de acordo com as diretrizes do SUS.

Formação e distribuição do cirurgião-dentista no Pará

A formação do cirurgião-dentista (CD) deve ser adaptada à realidade de cada país, proporcionando, assim, sua inserção no mercado de trabalho e a resolução dos problemas de saúde bucal prevalentes.

O Artigo 3º, da Resolução nº 3, da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, de 19 de fevereiro de 2002, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Curso de Odontologia, define que o

Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião-Dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico, capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade. (BRASIL, 2002, p. 1)

As Diretrizes Curriculares Nacionais também estabelecem que a formação do cirurgião-dentista deve promover as seguintes competências e habilidades: (a) atenção à saúde; (b) tomada de decisões; (c) comunicação; (d) liderança; (e) administração e gerenciamento; e (f) educação permanente. (BRASIL, 2002; FONSECA, 2012)

Assim, o novo cirurgião-dentista deve ser capaz de desenvolver ações de saúde em todos os níveis, tanto individual quanto coletivo; ser capaz de avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas a cada caso, baseado em evidências científicas; guardar confidencialidade de informações repassadas, quer sejam em relação a outros profissionais de saúde quer seja ao público em geral; ter capacidade de assumir funções de liderança no meio em que está inserido; ter capacidade de atuar como gestor, empreendedor, empregador ou líder de equipe de saúde e, continuamente, envolver-se em processos de aprendizado, mantendo-se sempre atualizado.

A humanização é mais uma característica importante a ser desenvolvida pelos projetos pedagógicos dos cursos de odontologia na formação do novo CD. O cirurgião-dentista deve ter a sensibilidade no trato com o paciente

e com a equipe de trabalho, independentemente do meio em que esteja inserido, seja atuando no setor público, seja no privado.

O estado do Pará possui três cursos de graduação em Odontologia em funcionamento, um em instituição pública e dois em instituições particulares. E mais um curso em instituição particular estava em processo de reconhecimento, com instalação prevista a partir de 2014. Todos os cursos de graduação estão sediados na capital, Belém.

Apesar do esforço para modificar o perfil do CD, a partir do ano 2000, estudos relatam algumas dificuldades dos egressos ao ingressarem no mercado de trabalho, sendo as mais citadas a falta de integração entre universidade e sociedade, entre conteúdo teórico e atividade prática e a falta de preparo administrativo. (LAZERIS; CALVO; REGIS FILHO, 2007; SALIBA et al., 2012)

O Conselho Federal de Odontologia, em janeiro de 2015, apresentava 268.299 cirurgiões-dentistas (CD) registrados no Brasil e, destes, 4.534 desenvolvendo suas atividades no estado do Pará. (CFO, 2015)

A distribuição dos cirurgiões-dentistas nas regiões brasileiras é desproporcional. Sendo que a maioria deles concentra-se na região Sudeste. A região Norte é a que apresenta a maior proporção de população/CD. E as capitais brasileiras também possuem maior concentração de CD. Isso reflete no acesso aos serviços de saúde bucal pela população. (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010; CFO, 2015)

No Pará, a maioria dos cirurgiões-dentistas está concentrada na capital, desenvolvendo suas atividades na área metropolitana, tornando o acesso mais difícil aos indivíduos que moram em cidades mais afastadas da capital. Assim, a proporção população/CD no Pará é de 1.781 e em Belém, de 665. (CFO, 2015; IBGE, 2014)

Organização das atividades e processo de trabalho em odontologia

Existem três sistemas básicos de organização das atividades das profissões que estão inseridas no setor de saúde: liberal ou privada pura, direta ou pública e indireta ou privatizada. (PINTO; MANAU, 2008)

O exercício da Odontologia tem sofrido modificações nas últimas décadas. A prática liberal, antes soberana, caracterizada pela ausência de intermediários entre o cirurgião-dentista e o paciente, tem diminuído, com o aumento da inserção de CD na Odontologia Direta e na Odontologia Indireta, que se caracterizam pela presença de um intermediário entre o cirurgião-dentista e o paciente. Dentre os fatores que influenciaram essas modificações, pode-se citar a crise econômica iniciada em 1980, com o crescimento da inflação, com a recessão nos anos 1990 e com o aumento dos cursos de graduação em Odontologia, proporcionando o desenvolvimento da Odontologia Privatizada, que trouxe aumento de planos de saúde odontológicos. (SATO, 2007; PINTO; MANAU, 2008)

Por outro lado, a Odontologia Direta, na qual o cirurgião-dentista é assalariado, através do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios básicos a universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, tem aumentado a oferta de postos de trabalho ao CD. Tanto na atenção básica, com atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS), quanto na atenção especializada ou secundária, no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). (CERICATO; GARBIN; FERNANDES, 2007)

A Estratégia Saúde da Família propõe a reorganização da atenção básica de acordo com os preceitos do SUS, que culmina em uma nova direção para o processo de trabalho

da atenção básica. Quando esse processo de trabalho é definido adequadamente na entrada inicial do sistema, acontece maior resolutividade e eficácia na coordenação do cuidado e na organização das redes de atenção. (BRASIL, 2012b)

Essa reorientação define o processo de trabalho do cirurgião dentista, como ator integrante da Política Nacional de Atenção Básica, com comprometimento de dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal. (BRASIL, 2004)

O processo de trabalho em Odontologia está bem delimitado na equipe multidisciplinar que compõe a Estratégia Saúde da Família, com a definição de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários, que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e seja capaz de ampliar o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, mediante o estabelecimento de vínculo territorial com a população adstrita. (BRASIL, 2012b)

O Pará possui 144 municípios na sua estrutura geográfica. Destes, 141 municípios apresentavam equipe de saúde da família, totalizando 1.206 equipes credenciadas pelo Ministério da Saúde e 1.149 equipes implantadas. Quando se verifica os quantitativos em relação à Equipe de Saúde Bucal (ESB), observa-se que 127 municípios apresentavam ESB, sendo 703 credenciadas pelo Ministério da Saúde na Modalidade I (com cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal) e 28 equipes credenciadas na Modalidade II (com cirurgião-dentista, técnico de saúde bucal e auxiliar de saúde bucal). Contudo, estavam implantadas, no Pará, apenas 609 ESBs na Modalidade I e 21 ESBs na Modalidade II. (BRASIL, 2014)

Na atenção especializada, estavam cadastrados, no Ministério da Saúde, no Pará, 33 Centros de Especialidades Odontológicas, sendo sete na capital, três em Santarém, e os demais, localizados em 23 municípios do estado: Abaetetuba, Água Azul do Norte, Alenquer, Altamira, Ananindeua, Benevides, Brasil Novo, Canaã dos Carajás, Capanema, Castanhal, Conceição do Araguaia, Marituba, Pau D'Arco, Redenção, Salinópolis, Santa Izabel do Pará, São Miguel do Guamá, Tailândia, Terra Santa, Tucumã, Tucuruí, Viseu e Xinguara. (BRASIL, 2015)

Perfil do cirurgião-dentista da atenção básica no Pará

O PMAQ-AB, por meio de seus instrumentos de avaliação, oferece uma excelente oportunidade de avaliar os serviços e profissionais que atuam na atenção básica, pois disponibiliza uma variedade de dados que abrangem a organização dos serviços, satisfação dos usuários e características dos profissionais envolvidos na prestação de serviços de saúde.

Com o objetivo de identificar o perfil do CD que atua na atenção básica e contribuir para melhorias do atendimento odontológico prestado na atenção básica no estado do Pará, foram utilizadas 475 entrevistas com CDs pertencentes a 620 equipes de saúde bucal de 736 equipes de Saúde da família, avaliadas durante o segundo ciclo da avaliação externa do PMAQ-AB. Para isso, foram selecionadas variáveis como formação e qualificação do CD, tipo de vínculo e forma de ingresso no serviço, existência de plano de carreira e educação permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas. Foram utilizados apenas os questionários respondidos pelo CD, excluindo os módulos dos profissionais auxiliares (auxiliar de saúde

bucal e técnico de saúde bucal), em virtude de os dados informados só se relacionarem ao processo de trabalho.

Os dados coletados nos questionários foram apurados e foi constituído um Banco de Dados elaborado em planilha eletrônica no *software* Microsoft Office Excel 2010®, assinalando todas as condições pesquisadas. As informações obtidas foram analisadas pelo programa Statistical Package for the Social Scienses (SPSS), na versão 16.0 para Windows. Para verificar a associação entre tempo de serviço e formação complementar e tempo de serviço e tipo de vínculo, foi utilizado o teste Qui-quadrado com nível de significância de 5% e confiança de 95%.

O CD brasileiro tem como características ser um profissional jovem, nas faixas etárias de 26 a 35 anos, a maioria do sexo feminino e concentrado na região Sudeste. (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010; ZUCHINI et al., 2012) Contudo, não foi possível verificar se essas características se refletiam nos profissionais entrevistados, já que a única identificação constante no questionário era o CPF.

Observa-se, na Tabela 1, que a maioria dos cirurgiões-dentistas que exercem atividades na saúde bucal no estado do Pará trabalha há pouco tempo naquelas equipes: 36% (n=171) trabalhavam há menos de um ano; 16,8% (n=80), há um ano e 14,3% (n=68), há dois anos, assim 67,2% (n=319) trabalhavam na equipe até dois anos.

Tabela 1 - Tempo de atuação do CD nas ESBs no estado do Pará, 2014.

Tempo de atuação na ESB	n	%
Menos de 1 ano	171	36,0
1 ano	80	16,8
2 anos	68	14,3
3 anos	42	8,8
4 anos	25	5,3
5 anos	26	5,5
6 anos ou mais	63	13,3
Total	475	100,0

Fonte: Avaliação PMAQ-AB.

Estudo realizado por Martelli et al. (2010), com CDs atuantes na ESFs em municípios de Pernambuco, mostrou que a maioria dos profissionais (46,9%) possuía tempo de serviço público de até cinco anos. Esse dado encontra respaldo histórico, visto que os incentivos de inclusão do CD nas equipes de saúde da família aconteceu mais veementemente a partir de 2003. Outros estudos relatam, como o de Cotta et al. (2006), que o tempo médio de permanência dos profissionais de nível superior na ESF é de 24 meses. Isso permite a hipótese que a atenção básica, geralmente, seria o primeiro emprego, na maioria das vezes, utilizado como apoio financeiro para a realização de uma educação continuada, escolhida de acordo com as necessidades mercadológicas.

A Tabela 2 mostra que a administração direta é o principal agente contratante dos profissionais, com 94,1%, representando 447 cirurgiões-dentistas. O ingresso do cirurgião-dentista na ESF se dá de diferentes maneiras. A indicação (39,6%=188) foi a principal forma de ingresso, seguida de concurso público (30,3%=144), seleção pública

(10,7%=51) e outras formas de ingresso não especificadas pelo instrumento (19,4%=92). Servidores temporários representaram o tipo de vínculo mais prevalente, distribuídos em temporário por prestação de serviço (41,5%=197) e temporário pela administração pública (20,2%=96), totalizando 293 profissionais (61,7%). Servidores públicos estatutários representaram 29,7% (n=141), enquanto 0,4% (n=2) eram servidores públicos CLT. Em decorrência da baixa frequência de servidores estatutários, observou-se que apenas 10,5% (n=50) disseram possuir plano de carreira. A maioria não possuía plano de carreira (84,0%=399) e 5,5% (n=26) não sabia/não respondeu.

Martelli et al. (2010) constataram que a principal forma de contratação dos CDs inseridos na ESF, em Pernambuco, era o vínculo irregular, podendo este fato contribuir para a alta rotatividade e insatisfação do profissional, comprometendo, dessa forma, a qualidade da assistência à saúde prestada à população.

Quando analisada a relação entre tempo de serviço e tipo de vínculo, constatou-se associação estatisticamente significativa entre o tempo de serviço e os cirurgiões-dentistas com vínculo de servidores públicos estatutários. Assim, o número de servidores estatutários aumenta juntamente com o tempo de serviço.

Tabela 2- Agente contratante, tipo de vínculo empregatício, critérios de contratação e existência de plano de carreira dos cirurgiões-dentistas das ESBs nas ESFs no estado do Pará, 2014.

Critério	(continua)	
	n	%
Agente contratante		
Administração direta	447	94,1
Consórcio intermunicipal de direito público	10	2,1

Atenção Básica: Olhares a partir do PMAQ

	(conclusão)	
Fundação pública de direito público	5	1,1
Outros	11	2,3
Não sabe/ não respondeu	2	0,4
TOTAL	475	100,0
Tipo de vínculo		
Servidor público estatutário	141	29,7
Cargo comissionado	1	0,2
Temporário pela administração pública	96	20,2
Temporário por prestação de serviço	197	41,5
Empregado público CLT	2	0,4
Contrato CLT	19	4,0
Outros	17	3,6
Não sabe/não respondeu	2	0,4
TOTAL	475	100,0
Critério de Contratação		
Concurso Público	144	30,3
Seleção Pública	51	10,7
Indicação	188	39,6
Outra Forma	92	19,4
TOTAL	475	100,0
Plano de Carreira		
Sim	50	10,5
Não	399	84,0
Não sabe/ não respondeu	26	5,5
TOTAL	475	100,0

Fonte: Avaliação PMAQ-AB.

Tabela 3 - Formação complementar dos cirurgiões-dentistas que atuam na atenção básica no estado do Pará, 2014.

	Saúde da família		Saúde pública ou coletiva		Outras	
	%	n	%	n	%	n
Especialização						
Não possui	92,4	291	89,8	283	14,9	47
Concluído	4,4	14	8,3	26	57,5	81
Cursando	3,2	10	1,9	6	27,6	87
Residência						
Não possui	99,4	313	99,7	314	97,1	306
Concluído	0,3	1	0	0	1,9	6
Cursando	0,3	1	0,3	1	1,0	3
Mestrado						
Não possui		99,7 314		99,0 312		94,0 296
Concluído	0	0	0,6	2	6,0	19
Cursando	0,3	1	0,3	1	0	0
Doutorado						
Não possui		99,4 313		99,7 314		99,4 313
Concluído	0	0	0,3	1	0,6	2
Cursando	0,6	2	0	0	0	0

Fonte: Avaliação PMAQ-AB.

Ao analisar-se a formação complementar do CD que atua na atenção básica do estado do Pará (Tabela 3), verifica-se que 66,3% (n=315) dos profissionais possuem ou estão em formação complementar. Contudo, os profissionais que possuem ou estão em formação não a apresentam nas áreas ligadas à saúde da família, saúde pública ou saúde coletiva e, sim, em outras áreas da Odontologia.

Esse quadro reflete o perfil de um profissional com formação para o mercado de trabalho do sistema neoliberal, ou seja, a formação para atuar em setores privados ainda é a forma predominante, haja vista que 85,1% dos profissionais estão cursando ou concluindo cursos em áreas diferentes da sua atuação no município.

Vilalba, Madureira e Barros (2009) realizaram estudo qualitativo com 147 cirurgiões-dentistas atuantes na atenção básica, na cidade de Campinas-SP, observando que os profissionais ressaltaram formação essencialmente técnica voltada para a clínica privada. Por isso, 27% realizaram especialização em Saúde Pública ou Saúde Coletiva, enquanto 75% realizaram algum curso de capacitação na área para que isso fornecesse competências e habilidades para atuação no SUS. Martelli et al. (2010) observaram que, dos 115 CDs atuantes nos municípios de Pernambuco, 67,8% possuíam formação voltada para Saúde Pública, destacando que buscaram essa formação em virtude da necessidade de aptidão para o trabalho na ESF. Isso porque a formação que tinham era fortemente arraigada em práticas curativistas.

Quando se analisa a participação do CD nas atividades de planejamento e programações de ações da ESB, demonstrada na Tabela 4, verifica-se que 79,1% participavam dessas atividades, sendo que 20,2% (n=96) realizavam as atividades somente com a ESB e 58,9% (n=280) as realizavam juntamente com a ESF. Contudo, 20,8% (n=99) dos profissionais não realizavam essas atividades, o que é preocupante, já que são atividades essenciais para o correto funcionamento das ESFs. A maioria dos CDs (87,9%, n=426) construía agenda de trabalho mensal e utilizava informações locais para o planejamento das atividades (72,0%, n=342).

A participação da ESB em reuniões da ESF foi relatada por 91,4% dos CDs, contudo, é importante ressaltar que 60,8% sempre participavam; 30,5% participavam às vezes; e 41 entrevistados (8,6%) nunca participaram das reuniões (Tabela 4).

Periodicidade de planejamento e programação das ações predominantemente mensal (79,2%) também ficou demonstrada na Tabela 4. O monitoramento e a análise dos indicadores e informações de saúde bucal eram realizados por 49,3% das ESBs.

Em relação ao planejamento e organização do processo de trabalho pela equipe de saúde bucal, observou-se que 70,9% recebiam apoio para a realização, com a gestão disponibilizando informações para análise de situação de saúde em 63,2% das equipes.

Tabela 4 - Planejamento e programação de ações por ESB no estado do Pará, 2014.

	(continua)	
Atividades	n	%
Atividades mensais de planejamento		
Sim, somente com ESB	96	20,2
Sim, juntamente à ESF	280	58,9
Não	99	20,8
Construção de agenda de trabalho mensal		
Sim	426	89,7
Não	49	10,3
Participação da ESB em reuniões da ESF		
Sempre	289	60,8
Às vezes	145	30,5
Nunca	41	8,6

(conclusão)

Uso de informações locais para planejamento

Sim	342	72,0
Não	133	28,0

Periodicidade de planejamento de ações

Semanal	4	0,8
Mensal	376	79,2
Bimestral	5	1,1
Trimestral	7	1,5
Semestral	8	1,7
Anual	7	1,5
Não realiza	68	14,3

Monitoramento e análise dos indicadores

Sim	234	49,3
Não	241	50,7

Fonte: Avaliação PMAQ-AB.

Para o correto desenvolvimento das competências da ESB, é importante que o processo de avaliação seja efetuado periodicamente. Essa análise envolve a autoavaliação dos profissionais que a compõem.

Tabela 5 - Processo de autoavaliação da ESB no estado do Pará, 2014.

Autoavaliação	n	%
Autoavaliação da ESB		
Sim	186	39,2
Não	289	60,8
Instrumento utilizado na autoavaliação		
AMAQ	114	24,0
Instrumento desenvolvido pelo município/ equipe	31	6,5
Instrumento desenvolvido pelo Estado	3	0,6
Outros	38	8,0
Apoio da gestão no processo de autoavaliação		
Sim	166	34,9
Não	20	4,2

Fonte: Avaliação PMAQ-AB.

Os dados obtidos nesta pesquisa, expressos na Tabela 5, demonstraram que 60,8% (n=289) dos CDs entrevistados não realizaram autoavaliação nos últimos seis meses. Dos CDs que relataram ter efetuado a autoavaliação (39,2%, n=186), 61,3% (n=114) utilizaram a Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB) como instrumento de avaliação e a maioria (89,8%) considerou os resultados obtidos na autoavaliação para a organização dos processos de trabalho da ESB.

O apoio da gestão foi observado tanto no processo de autoavaliação da ESB (89,2%), quanto na organização do processo de trabalho com base no PMAQ-AB (79,0%).

Entre as atividades previstas na Estratégia de Saúde da Família, a visita domiciliar é uma atividade indispensável.

No processo de avaliação do PMAQ-AB, esta foi referida por 71,6% (n=340) dos participantes (Gráfico 1).



Gráfico 1- Realização de visitas domiciliares por equipe de saúde bucal. Estado do Pará, 2014 (fonte: avaliação externa do PMAQ-AB).

Tabela 6 - Processos de trabalho da equipe de saúde bucal no cuidado domiciliar. Estado do Pará, 2014.

(continua)

Processos de visita domiciliar	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Uso de protocolo que define prioridades	167	49,1	173	50,9	340	100,0
Orientação de higiene oral	310	91,2	30	8,8	340	100,0
Consultas no cuidado domiciliar para idosos e acamados	249	73,2	91	26,8	340	100,0
Realização de procedimentos clínicos	101	29,7	239	70,3	340	100,0

Processos de visita domiciliar	(conclusão)					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Outros cuidados domiciliares	77	22,6	263	77,4	340	100,0

Fonte: Avaliação PMAQ-AB.

O processo de trabalho da ESB no cuidado domiciliar está representado na Tabela 6. O uso de protocolo para definir prioridades é realizado por 49,1% (n=167). A orientação de higiene oral é a principal atividade realizada (91,2%). Consultas no cuidado domiciliar para idosos e acamados são efetuadas por 73,2% (n=249) das equipes. Contudo, a realização de procedimentos clínicos é observada em apenas 29,7% (n=101) das ESBs, sugerindo que existe algum problema para a execução dessa atividade, como visita realizada por um auxiliar ou inexistência de estrutura mínima para execução desses procedimentos pelo cirurgião-dentista.

Considerações finais

Apesar de o cirurgião dentista atuar na atenção básica desde o final dos anos 1990, ainda não era um profissional reconhecido como parte integrante da equipe multiprofissional. Com a publicação da Portaria 1444, de 28 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000), que estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios, por meio do Programa Saúde da Família, é que o cirurgião-dentista passou a fazer parte da equipe da ESF.

Em 2003, a Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde lançou o Programa Brasil Sorridente, com a finalidade de reorganização da prática e qualificação das ações e dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, desde a atenção básica até a reabilitação oral. Na Estratégia Saúde da Família, uma equipe de saúde bucal deveria integrar cada equipe de saúde da família implantada. Isso oportunizou a ampliação do acesso da população às ações e aos serviços de atenção básica em todos os municípios do Brasil. Na atenção especializada, a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas também propiciou a maior oferta de serviços à população.

Com isso, abriu-se um mercado de trabalho novo e amplo para o cirurgião-dentista. E as ESBs da ESF tornaram-se uma grande oportunidade trabalhista para os profissionais formados a partir do período de implantação dessa política.

O profissional que atua nas ESBs é, em sua grande maioria, aluno recém-egresso das universidades, que não possui formação específica para atuar na atenção básica. Os conhecimentos da saúde coletiva e do sistema de saúde são os adquiridos na graduação.

Como parte integrante de uma equipe multidisciplinar, esse profissional informa que a ESB participa do planejamento e programação das ações de saúde bucal e realiza visitas domiciliares. No entanto, a maioria dos entrevistados não utiliza protocolo ou documento com definição de situações prioritárias para a visita domiciliar. Além disso, esta, na maioria das vezes, restringe-se a orientações de higiene bucal.

Não é a intenção desta análise afirmar que as informações obtidas vão de encontro às práticas informadas, mas, sutilmente, fica claro que o trabalho do cirurgião-dentista na atenção básica é temporário, ou seja, o tempo de permanência médio é de dois anos. Torna-se evidente, também, que, apesar de esse profissional não ter formação para atuar na atenção básica, a grande maioria não opta por uma formação na área. Porém, o serviço oportuniza o recebimento de um salário que subsidia a realização de cursos em áreas técnicas da Odontologia, de acordo com as exigências do mercado.

Esse contexto reporta uma reflexão sobre a conduta do gestor municipal acerca da contratação desses profissionais para atuarem na atenção básica do município. Existe uma desobediência constante à Emenda Constitucional 19, de 04/06/1998, que diz que “a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos [...]”. Quando o critério de contratação se estabelece por meio de vínculo temporário, gera, entre outras coisas, o contrato de profissionais com indicação política para atuar na atenção básica municipal.

A manobra política do gestor em estabelecer critérios de contratação mais simplificados para a investidura do profissional na atenção básica isenta o município da criação de planos de carreira. Além disso, reduz ou interrompe as relações de afetividade e confiança que precisam ser

estabelecidas entre o profissional e a população, para a efetividade das ações de saúde e da longitudinalidade do cuidado, que são fundamentos da política de atenção básica.

As responsabilidades são polifacetadas e multivariadas. Para que o perfil do cirurgião-dentista que atua na atenção básica seja adequado, faz-se necessário que: haja um compromisso acadêmico institucional na formação de profissionais, com sólida responsabilização social e consciência sanitária, com a compreensão dos determinantes sociais e das iniquidades da saúde, e capazes de propor ações que impactem a melhoria da saúde da população; a vivência na atenção básica seja um pilar na formação do docente; o município ofereça condições de trabalho de modo a garantir a resolutividade da atenção; o gestor estabeleça uma política de seleção dos profissionais baseada nos princípios democráticos e transparentes, com respeito aos direitos trabalhistas, para que a fixação do profissional na atenção básica possa corresponder aos princípios e diretrizes preconizadas pela Estratégia Saúde da Família.

O PMAQ-AB pode apontar para uma luz no fim do túnel na melhoria da qualidade da atenção básica, contribuindo para a modificação do perfil dos profissionais, para maior valorização e para melhores condições de trabalho. O que poderá culminar em um profissional mais envolvido e com melhor vínculo com a população do município onde atua.

Referências

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional 19**, de 4 de junho de 1998. Acesso em: 23 de fevereiro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1444**, de 28 de dezembro de 2000.

_____. Ministério de Educação e Cultura. **Resolução CNE/CES nº 3**, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br>>. Acesso em: 10/12/2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. 2004. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf>. Acesso em: 23/02/2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de agentes comunitários de saúde, saúde da família e saúde bucal**. 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 21/01/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cidades que possuem centros de especialidades odontológicas.** 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/mapa_centro_especialidades/CEO_PA.php>. Acesso em: 21/01/2015.

CERICATO, G.O.; GARBIN, D.; FERNANDES, A.P.S. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **RFO**, set./dez. 2007, v.12, n.3, p.18-23.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Estatísticas.** Disponível em: <<http://www.cfo.org.br>>. Acesso em: 15/12/2014.

COTTA, R.M.M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, set. 2006, v.15, n.3.

FONSECA, E.P. As diretrizes curriculares nacionais e a formação do cirurgião-dentista brasileiro. **J. Manag. Prim. Health Care**, 2012, v.3, n.2, p.158-178.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População estimada no Pará. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pa>>. Acesso em: 20/01/2015.

LAZERIS, A.M.; CALVO, M.C.M.; REGIS FILHO, G.I. A formação de recursos humanos em odontologia e as exigências do setor público – uma contribuição para serviços de saúde públicos e de qualidade. **Rev. Odonto Ciência**– Fac. Odonto/ PUCRS, abr./jun. 2007, v.22, n.56, p.166-176.

MARTELLI, P.J.L. et al. Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2010, v.15, supl. 2, p.3243-3248.

MORITA, M.C.; HADDAD, A.E.; ARAÚJO, M.E. **Perfil atual e tendências do cirurgião- dentista brasileiro**. Maringá: Dental Press, 2010. Disponível em <<http://www.cfo.org.br>>. Acesso em: 14/12/2014.

PINTO, V.G.; MANAU, C. Financiamento e organização. In: PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. 5ed, São Paulo: Santos, 2008, p.43-82.

REDE GOVERNO COLABORATIVO EM SAÚDE. **Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários**. Porto Alegre, 2011.

SALIBA, N.A.; MOIMAZ, S.A.S.; PRADO, R.L.; GARBIN, C.A.S. **Percepção do cirurgião-dentista sobre formação profissional e dificuldades de inserção no mercado de trabalho**. Rev. Odontol. UNESP, set./out. 2012, v.41, n.5, p.297-304.

SATO, F.R.L. O mercado de trabalho em Odontologia. In _____. **Orientação profissional em Odontologia: aspectos de administração, marketing e legislação para o cirurgião-dentista**. Rio de Janeiro: Revinter, 2007, p.1-7.

VILALBA, J.P.; MADUREIRA, P.R.; BARROS, N.F. Perfil profissional do cirurgião-dentista para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Inst. Cienc. Saúde**, v. 27, n.3, p. 262-268, 2009.

ZUCHINI, A. R. B.; LOLLI, M. C. G. S.; LOLLI, L. F.; LOLLI, H. A. Perfil profissional do cirurgião-dentista em associação ao conhecimento e utilização de marketing. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, jan./mar. 2012, v.48, n.1, p.19-25.

PARTE III

Vivências do PMAQ-AB

PERCEPÇÃO DOS AVALIADORES QUANTO AO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO PMAQ-AB

*Danielle Tupinambá Emmi
Regina Fátima Feio Barroso
Eric Campos Alvarenga
Mayara Sabrina Luz Miranda
Marizeli Viana de Aragão Araújo*

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil possui em suas diretrizes o acesso universal e equânime, tendo como um dos princípios organizativos as instâncias de gestão e de controle para a elaboração das políticas de saúde.

Ainda hoje, a qualidade dos serviços e o acesso a estes continuam sendo um desafio na elaboração e na operacionalização das políticas públicas estabelecidas. De acordo com Donabedian (2003), o acesso a ações e serviços de saúde diz respeito à capacidade de obtenção dos cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente.

A Atenção Primária à Saúde é considerada a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, sendo responsável por ações que visam à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde. (CAMPOS et al., 2011) Caracteriza-se pela atenção longitudinal e integral oferecida, pela coordenação da assistência à saúde, abordagem focada na família, orientação comunitária e competência cultural. (STEIN, 2013) Nesse contexto, é importante e necessário que os resultados alcançados em relação à organização e provisão dos serviços sejam avaliados e monitorados, assim como os possíveis impactos produzidos na saúde e no bem-estar das populações.

Em virtude da necessidade de melhoria da eficácia da aplicação dos recursos pelo Estado, surgiu, logo após a Segunda Guerra Mundial, a avaliação de programas públicos. Entretanto, no Brasil, este se desenvolveu apenas a partir da década de 1980. (USHIMURA; BOSI, 2002)

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990) estabelece, em seu Artigo 15, que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios devem exercer, em seu âmbito administrativo, as atribuições de avaliação e controle de serviços de saúde, além de avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais. (BRASIL, 1990)

Nesse contexto, o Ministério da Saúde desenvolveu, em 1998, o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), que se caracterizou por uma pesquisa de satisfação dos usuários nas unidades de Pronto Socorro, Ambulatório e Internação, além da aplicação de roteiro técnico, realizada pelos gestores estaduais e municipais em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS. O que levou em conta a estrutura existente e os processos prioritários. Em 2003, a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde optou por reformular o PNASH,

com o objetivo de torná-lo mais amplo, para que pudesse ser aplicado nas diversas complexidades dos serviços de saúde, passando a denominá-lo de Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). Dentre os principais objetivos do PNASS, estavam o incentivo e a fomentação da cultura avaliativa nos estabelecimentos de saúde, no intuito de esta funcionar como instrumento de apoio à gestão do SUS. (BRASIL, 2004a)

Em 2011, o cenário de avaliação dos serviços de saúde ganhou um novo enfoque. Por meio da Portaria 1654, de 19 de julho de 2011, o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), como estratégia de mudança do processo de trabalho para ampliar o acesso e a disponibilidade e a qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação na atenção básica. E, ainda, para incentivar os gestores locais do Sistema Único de Saúde a melhorar o padrão de qualidade da atenção primária à saúde, articulado a uma avaliação e certificação que vincula repasse de recursos conforme o desempenho alcançado na implantação e desenvolvimento dos elementos avaliados pelo programa. (BRASIL, 2012)

Analisar os serviços e premiar com incentivos financeiros a atenção básica é um desafio, que significa ter um olhar especial para a oferta de serviços de saúde e reduzir as iniquidades existentes. De acordo com Pinto, Souza e Florêncio (2012), a Atenção Primária à Saúde tem de ser orientadora do cuidado, devendo estar articulada em rede, centrada no usuário e responder pelas necessidades da população.

A avaliação em saúde tem como pressuposto o julgamento da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos usuários diante dos serviços

públicos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade. Funciona como um instrumento de apoio ao planejamento e gestão dos serviços de saúde (BRASIL, 2004a), assim como possibilita um controle técnico e social dos programas prestados à sociedade. (DESLANDES, 1997)

De acordo com Campos e Furtado (2011), a avaliação deveria fazer parte do cotidiano do SUS nas mais diversas instâncias, com vistas à urgência de descobrir para transformar (ou manter) o acesso, a qualidade, o acolhimento, as linhas de cuidado, as relações de trabalho, a gestão e o financiamento.

Segundo Tanaka e Tamaki (2012), o processo avaliativo tem de ser construído e conduzido em bases lógicas, coerentes e racionais. Deve utilizar mecanismos e instrumentos de pesquisa de forma a garantir a sua consistência e validade, para dar confiabilidade aos atores envolvidos na utilização dos seus resultados e na implementação da tomada de decisão. O interessante de uma avaliação não é a descoberta de uma única verdade, mas, sim, o esforço para verificar observações e validar o seu significado. (USHIMURA; BOSI, 2002)

O processo de avaliação externa do PMAQ-AB

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) objetiva reduzir as dificuldades enfrentadas pelo sistema, induzindo-o à melhoria do acesso e da qualidade dos serviços, por meio de um programa no qual a gestão municipal possui a autonomia de aderir, autoavaliar-se e participar do processo avaliativo externo. Isso para que seja instituído seu novo financiamento, de acordo com o desempenho apresentado. Acontece em quatro fases que se complementam e que

constituem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização.

A avaliação externa consistiu no levantamento de informações, buscando reconhecer e valorizar os esforços e resultados das equipes de atenção básica e dos gestores municipais de saúde na qualificação da atenção básica. Para essa avaliação, o Ministério da Saúde contou com a participação de diversas Instituições de Ensino Superior em todo o território nacional. Estas contribuíram desde a construção do instrumento de avaliação, definição de estratégias, organização do trabalho de campo em nível nacional até aplicação dos questionários nos mais de 5mil municípios brasileiros. (FAUSTO et al., 2014)

O processo de avaliação externa foi composto por um instrumento de coleta dividido em três módulos: o Módulo I, que consistia na observação estrutural da Unidade Básica de Saúde (UBS) visitada; o Módulo II, que contemplava uma entrevista com o profissional de saúde de nível superior sobre o processo de trabalho e verificação de documentos da UBS; e o módulo III, que abrangia a entrevista com o usuário na UBS sobre satisfação e condições de acesso e utilização dos serviços de saúde. (BRASIL, 2012)

Segundo maior estado do Brasil em extensão territorial, o Pará possui uma área que corresponde a, aproximadamente, 14,6% do território brasileiro. O que equivale a mais que dez territórios do Rio de Janeiro; mais que cinco de São Paulo; mais que duas vezes o Estado de Minas Gerais; ou mais que 50 vezes o estado de Sergipe. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), o estado do Pará apresenta 144 municípios, renda *per capita* mensal por domicílio de R\$ 631,00, população de 8.073.924 habitantes e baixa densidade demográfica (6,07 hab/km²). Os rios que

constituem sua bacia hidrográfica correspondem às estradas utilizadas como único meio de deslocamento entre muitos municípios. Realizar a avaliação externa em um estado com muitas diversidades geográficas e dimensões continentais é um desafio, onde muitas dificuldades passam a ser peculiares em alguns casos.

O estado do Pará apresenta 13 Regionais de Saúde, sendo que apenas seis tiveram todos os municípios com adesão ao programa. Essa adesão abrangeu 108 municípios no 1º ciclo e 128 municípios no 2º ciclo, o que representa 89% dos municípios que compõem o estado. Do 1º ao 2º ciclo houve um acréscimo 15% maior de municípios.

Com relação às equipes Saúde da família (ESFs), foram avaliadas 367 no 1º ciclo, e 795 ESFs realizaram a avaliação externa no 2º ciclo, o que revela um acréscimo de mais de 46% de unidades cadastradas ao programa do Ministério da Saúde.

No 2º ciclo, a avaliação externa foi ampliada para unidades que continham saúde bucal em sua estrutura. No Pará, das 795 ESFs, 508 possuem equipes com saúde bucal, ou seja, 64% das ESFs avaliadas possuem equipes de saúde bucal.

Além das ESFs com saúde bucal, o segundo ciclo ainda contemplou a avaliação do Núcleo de Apoio às Equipes de Saúde da Família (NASF). Foram avaliados 39 NASFs no Pará.

A avaliação externa do PMAQ-AB sob a ótica dos avaliadores

Mesmo sendo instrumento essencial de apoio à gestão pela sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão, a avaliação ainda é incipiente na gestão de serviços de saúde. (FAUSTO et al., 2014)

Avaliar qualquer atividade de saúde significa comparar o que se observa na prática com o que se considera como sendo a melhor intervenção possível. (BRASIL, 2007) Por isso, este pode ser considerado um ato de emitir juízo de valor sobre determinado serviço ou intervenção, com critérios e referenciais explícitos, identificando pontos fortes e fracos visando à tomada de decisão. Sendo assim, de acordo com Oliveira et al. (2014) e Pinho, Hernández e Kantorski (2010), um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público e dando maior racionalidade ao uso dos recursos.

Para Gattinara et al. (1995), na avaliação em saúde, vários fatores podem determinar a qualidade dos serviços: competência profissional, satisfação dos usuários, acessibilidade, eficácia e eficiência. Contudo, ao longo dos últimos anos, a avaliação dos serviços de saúde deixou de ser um processo exclusivamente técnico para incorporar a subjetividade ao processo avaliativo. (DESLANDES, 1997; MINAYO et al., 1999) E neste se deve levar em conta a influência dos valores próprios do avaliador, os seus princípios, crenças e convicções.

Segundo Tanaka e Tamaki (2012), cabe ao avaliador a responsabilidade de incorporar a população-alvo na formulação do processo avaliativo, particularmente nas fases de identificação dos problemas de saúde e na definição dos indicadores e parâmetros a serem utilizados. O papel

principal do avaliador é imprimir uma direcionalidade à decisão e construir a viabilidade da sua implementação.

Oliveira et al. (2014) ressaltam a importância da avaliação com abordagem qualitativa em que se considere a complexidade do objeto. A abordagem qualitativa apresenta-se como uma orientação cada vez mais difundida no âmbito da saúde neste século. (BOSI, 2012) Tem como fundamentação a possibilidade de se trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2010)

Analisar o conteúdo dos discursos sob a ótica do seu entendimento é um desvendar crítico, que se torna importante para interpretação dos diálogos. A análise de conteúdo compreende um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos ao modo como tais mensagens foram produzidas, transmitidas e recebidas. (BARDIN, 2011)

Assim, a análise dos discursos permitiu conhecer as atividades, as interações e os procedimentos diários da rotina avaliativa do PMAQ-AB no estado do Pará e a classificação e categorização dos componentes do significado nos temas: gestão da saúde, avaliação, processo de trabalho, percepção do usuário, desafios da atenção básica e processo de indução de mudanças propiciado pelo PMAQ-AB. Os discursos dos avaliadores foram identificados por nomes fictícios.

Para a percepção dos diálogos, utilizou-se a técnica de trabalho com grupos focais, com avaliadores participantes dos dois ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB no estado

do Pará. Essa ferramenta permitiu a exploração de um foco, um ponto em especial em que a discussão favoreceu a formação de ideias novas e contextualizadas. De acordo com Ressel et al. (2008), os grupos focais oportunizam as trocas de informações e a interpretação de crenças, valores, conceitos, conflitos, confrontos e pontos de vista, possibilitando aos envolvidos o melhor entendimento do tema.

Gestão da saúde

A gestão ainda continua sendo um entrave na qualidade dos serviços de saúde. Os avaliadores a identificam como algo fundamental para o funcionamento das unidades. Nas localidades que percorreram, perceberam uma gestão “travada” no decorrer dos dois ciclos do PMAQ-AB, o que denota, na visão deles, certa “falta de empenho” na resolução de questões do dia a dia das unidades. Além disso, há falas que sugerem a necessidade de qualificar os profissionais da gestão.

A organização dos serviços de saúde e o seu funcionamento dependem de uma gestão comprometida com o serviço e possuidora de competências necessárias para torná-lo mais efetivo e humano. De acordo com Silva e Rodrigues (2013), a visão global do gestor e a perfeita consonância com as políticas de saúde é um grande diferencial para a proposição de serviços à comunidade.

[...] a gestão é primordial para as coisas acontecerem no município [...] quando a gestão não funciona, com certeza, também as coisas não vão funcionar [...] ainda, vejo que a gestão, se ela não estiver comprometida no serviço, se ela não tiver interesse em melhorar, realmente a coisa não vai acontecer (Joana).

[...] a gestão parece que ainda está um pouco travada (Rita).

[...] Em relação à gestão da Secretaria de Saúde, não houve, assim, mudança, acho que ela não está muito empenhada em resolver, assim, as situações das Unidades Básicas de Saúde (Rita).

[...] Espero, ainda, que essa questão da gestão acomode. Claro que não vamos resolver isso, mas que eles possam estar se capacitando, fazendo qualificação de gestores para melhorar o serviço, porque se continuar desse jeito, nesse mesmo olhar, as coisas não vão avançar na atenção básica e nem na alta complexidade (Joana).

Foi inevitável a comparação entre o 1º e o 2º ciclo, durante as entrevistas. De maneira geral, os avaliadores percebem que houve um planejamento melhor da gestão dos municípios para o 2º ciclo. No 1º, as equipes de avaliadores notavam certa surpresa dos profissionais das unidades com suas chegadas, demonstrando que não haviam sido comunicados. Isso produziu efeitos no modo como os trabalhadores lidaram com o processo de avaliação, os quais são tratados com mais detalhes nos próximos tópicos. E, de fato, muitas unidades não haviam sido comunicadas sobre o PMAQ-AB, apesar do contato prévio com todos os secretários de Saúde dos municípios visitados.

[...] a gente sentia muita dificuldade, quando a gente chegava às unidades de saúde [...] Eles não sabiam nem o que significava PMAQ. A gestão não chegava com eles, não reuniu com eles para explicar, fez e aderiu à unidade, mas não explicou para os funcionários em si das unidades. No 2º ciclo, já percebi essa

melhora em alguns municípios (Sônia).

[...] o gestor, ele tem que saber o que é o PMAQ também, ele precisa estar ciente do que é o programa, lógico que vão ter alguns gestores que não se aprofundaram e não procuraram saber o que é (Taís).

[...] encontramos também, no 2º ciclo, gestores que não conheciam (o PMAQ), que estavam ali pela primeira vez, inclusive eu encontrei [...] (Joana).

Vale ressaltar algo que também pode ter influenciado bastante na melhor comunicação entre as unidades e a gestão. Depois de alguns erros e acertos da experiência do primeiro ciclo do PMAQ-AB, a coordenação regional do programa conseguiu estabelecer um vínculo maior com a Secretaria de Saúde do Estado do Pará (SESPA) e com o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Pará (COSEMS). Várias conversas foram realizadas com essas duas entidades, nas quais se planejaram conjuntamente os cronogramas de avaliação das equipes. Chegou-se, inclusive, a participar de reuniões nas regionais de saúde do estado junto com os secretários de Saúde e representantes de diversos municípios que fariam parte da avaliação. Esses encontros serviram para informar os gestores sobre os objetivos do PMAQ-AB. Acredita-se que isso colaborou para que as equipes de avaliadores fossem recebidas de maneira mais amistosa, além de os profissionais das unidades estarem mais preparados para essa chegada, agilizando o processo de avaliação. Porém, essa “comunicação prévia”, algumas vezes, funcionou de maneira não esperada e interferiu diretamente no processo de avaliação.

Processo de avaliação

O decorrer do processo de avaliação do PMAQ-AB produziu experiências ricas para a equipe de avaliadores. Muitos estavam pela primeira vez conduzindo esse tipo de processo, o que gerava muita incerteza sobre o que iriam enfrentar. Algo que pode ser ressaltado durante o 1º ciclo de avaliação está relacionado ao modo como os profissionais das unidades percebiam os avaliadores do PMAQ-AB. Foi comum presenciar que eles tinham a visão dos avaliadores como uma espécie de fiscais do Ministério da Saúde, ou mesmo como pessoas que estavam ali para investigar o que acontecia de errado e prontos para punir esses erros. Uma das avaliadoras menciona este ocorrido:

[...] No 1º ciclo, eles (profissionais das equipes) viam os avaliadores como fiscal, como se estivéssemos indo fazendo uma auditoria. E nesse segundo ciclo, não, por ele já ter noção do que é o processo avaliativo do PMAQ (Taís).

Nota-se que essa visão de “fiscal” se dissipou, quase por completo, no 2º ciclo, na medida em que os profissionais já conheciam os objetivos da avaliação e o modo como era conduzida. Mas cabe, aqui, mencionar que os próprios avaliadores, durante o primeiro ciclo, pela pouca experiência que tinham em conduzir uma avaliação, também viam a si mesmos como “fiscais”, tal qual continua a avaliadora:

[...] Fazendo uma autoavaliação, realmente, eu tinha outra visão do que é uma avaliação, eu achava que eu era fiscal (Taís).

A avaliação em saúde, no Brasil, apresenta-se em um contexto no qual os processos ainda são rudimentares, pouco incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo do que subsidiário do planejamento e da gestão. (BRASIL, 2003) No contexto do PMAQ-AB, esse método avaliativo evidenciado por trabalhadores da saúde foi de fiscalização ou auditoria, agregando uma ideia de punição à avaliação e acarretando medo e insegurança nas equipes. Contudo, a avaliação em saúde, em especial a da atenção básica, deve reforçar seu caráter permanente, formativo, pedagógico e reorientador das políticas e práticas, superando o tradicional enfoque punitivo e burocrático. (SANTOS et al., 2014)

Outra dificuldade encontrada pelos avaliadores, em ambos os ciclos, diz respeito às relações interpessoais decorrentes do intenso convívio com outros avaliadores durante as viagens. Havia uma convivência muito estreita entre os membros do grupo, pois eles chegavam a passar mais de uma semana juntos, viajando pelas cidades do Pará. Muitas vezes, precisavam ir para uma localidade mais distante e não era possível voltar para casa aos finais de semana. Sendo assim, passavam semanas inteiras viajando para cumprir o cronograma. Nesses dias, precisavam conviver com dois ou mais avaliadores durante todo o período de um dia: viajavam juntos, faziam as refeições juntos, visitavam as unidades juntos e, muitas vezes, dividiam até os mesmos quartos de hotel. Essa proximidade toda produzia conflitos pessoais entre eles:

[...] Não foi fácil, eu acho que comandar uma equipe multidisciplinar com pessoas que você nunca viu na sua vida e conviver diariamente com elas é muito complicado porque, diariamente, você vê os seus defeitos, conhece os defeitos do outro, a qualidade do outro e isso afeta o trabalho

também. Eu admito isso porque, no meu 1º ciclo, eu tive divergências na minha equipe, porque eu estava com uma postura muito rígida. No 2º ciclo, eu já fui desarmada, já fui querendo ouvir as pessoas e não só falar, não fiquei me metendo, achando que eu era dona da verdade e, no 2º ciclo, eu amadureci em relação a isso (Taís).

Um tema que emergiu na entrevista em grupo foi a “interferência” de gestores das unidades no processo de avaliação. Apesar de nem todas as entrevistas terem sido feitas com os coordenadores da unidade, alguns deles acompanhavam as que eram realizadas com outros profissionais da equipe de saúde. Esse “acompanhamento” foi visto, pelo grupo de avaliadores, como algo que influenciava, diretamente, nas respostas dos profissionais. Isso porque se tornava uma forma de controle que o coordenador exercia sobre os discursos da equipe. E esse controle era exercido de três formas. Na primeira delas, o coordenador estava presente durante as entrevistas, porém mantinha-se calado deixando que o profissional da equipe respondesse às perguntas do questionário. Isso interferia de forma que, pela presença do gestor, a fala dos profissionais se tornava bem mais “cautelosa” e “presa” ao que o gestor supostamente gostaria de ouvir. Assim, certos problemas da unidade, possivelmente, não foram mencionados por medo de algum tipo de consequência que a referência a eles pudesse resultar.

Na segunda forma de interferir nas entrevistas, o gestor estava presente e respondia a perguntas que não eram feitas para ele. Ou seja, a entrevista era com outro profissional da unidade, porém o gestor estava ali, no mesmo ambiente, acompanhando tudo e até respondendo diretamente às perguntas. Isso não só tinha influência

nas respostas dos profissionais, como também alterava a dinâmica da entrevista, tornando-a uma entrevista em dupla. A terceira maneira em que o gestor influenciava na entrevista era a de não estar presente durante ela, mas, em algum momento antes que ela acontecesse, treinava a equipe para dar certas respostas. Como muitas equipes já haviam participado do 1º ciclo do PMAQ-AB, algumas conseguiam prever o que seria perguntado e ensaiavam as respostas que seriam ditas. E estas, possivelmente, funcionavam para ocultar algumas coisas que aconteciam na unidade.

[...] Na verdade, o gestor não chegava a interferir. O que ele fazia, por exemplo, era acompanhar a equipe, ele queria estar junto com a equipe de avaliação (Taís).

[...] O gestor, no meu entendimento, muitas vezes pretendia interferir. Interferir pela presença física é uma forma de interferência, porque ele não está coagindo o avaliador, ele está coagindo o funcionário na sua resposta (Francisco).

[...] Em outros lugares, houve interferência direta no sentido de que o gestor, não aconteceu comigo, mas o gestor, ele respondia às perguntas pelo profissional de saúde. Isso eu vi acontecer (Nair).

[...] Em alguns municípios, tanto no 1º quanto no 2º ciclo, deu para perceber que alguns profissionais foram treinados para responder. Os que estavam pela primeira vez no programa eram treinados de forma diferente, já que eles não conheciam como eram as perguntas. Já os que estavam pela segunda vez já sabiam responder às perguntas. Dava para ver nitidamente que eles foram treinados como responder às perguntas, o que era para eles dizerem.

Já tinham uma resposta pronta, não pelo conhecimento da estrutura, mas porque alguém disse o que ele tinha que falar (Nair).

Percepção do usuário

A maneira com que os usuários das unidades percebiam o trabalho das equipes chamou a atenção dos avaliadores. De modo geral, a entrevista com os usuários era tida como uma das mais delicadas. Muitos deles estavam dispostos a participar delas, porém outros não queriam. Chegou a ponto de os profissionais da unidade terem de intervir e pedir para que alguns participassem. Essa dificuldade na participação, talvez, seja fruto de um pensamento recorrente em alguns usuários sobre ter medo de sofrer certo tipo de consequência negativa pelo que dissessem. Eles receavam não serem mais atendidos, ou serem mal atendidos na unidade, caso mencionassem algo que não fosse do agrado das equipes. Além disso, foi recorrente o discurso sobre a falta de médicos, medicamentos e estrutura precária das unidades:

[...] A melhor resposta que a gente tem é a resposta dos usuários, eles vêm e falam que “realmente as coisas ainda estão do mesmo jeito, eles melhoram só um pouquinho a estrutura aqui e ali, mas a rotatividade de médicos e de gente ainda é grande, a ausência desses profissionais é grande ainda, a questão do remédio, a questão deles acharem, assim, que chegam lá e não são bem atendidos aí voltam, chegam e não tem remédio, não tem curativo” (Ilma).

[...] Porque tinha unidade que todos os usuários queriam conversar conosco, mas tinham unidades que era preciso o enfermeiro ir conversar com eles, praticamente implorar para eles darem entrevista. Eu percebi, em alguns usuários, até certo temor daquilo que ia ser perguntado para eles, deles ofenderem alguém (Sônia).

[...] Eles chegavam a perguntar: “Isso vai ter algum problema pra mim? Eu vou ser punido de alguma forma se eu falar o que realmente acontece aqui na unidade?”. Então, a gente percebe ainda o temor que eles têm de que, se eles forem reclamar, eles vão ser punidos e não vão ser mais atendidos por unidade (Sônia).

[...] Eu acredito que a preocupação deles seja a perda do serviço... o temor de perder aquele serviço deixava ele com medo de responder (Joana).

Ficou claro, para os avaliadores, que havia uma diferença entre os usuários que apareciam por demanda espontânea nas unidades e aqueles que já tinham um vínculo maior com a equipe por fazerem parte de algum programa que esta conduzia. Os primeiros não demonstravam tanto interesse em fazer as entrevistas, já os segundos estavam mais dispostos a falar sobre o trabalho das equipes. Os avaliadores justificaram essa disposição por conta da relação já estabelecida entre aquela equipe e os usuários, por meio dos programas, o que produzia uma aproximação maior entre os profissionais da saúde e as pessoas atendidas. Os usuários tendiam a avaliar melhor o trabalho das equipes do que os que buscavam atendimento somente por demanda espontânea. Estes últimos, inclusive, tiveram bastante dificuldade na hora de responder ao questionário, pois eles conheciam muito pouco sobre aquelas equipes.

Segundo Fontenele, Alves e Câmara (2012), o atendimento realizado nas unidades de saúde de forma organizada, humanizada e individualizada, faz com que os usuários se sintam mais valorizados e satisfeitos, o que é, principalmente, favorecido pela relação estabelecida entre usuário e equipe de saúde.

[...] O que eu vi de diferença dos usuários era usuário que era demanda espontânea e aquele usuário que já fazia parte do programa (Taís).

[...] Tem demanda espontânea que vai várias vezes na unidade e, mesmo assim, não é cadastrado (Taís).

[...] O usuário que já faz parte de algum programa, a maioria estava satisfeita pelo o que eu pude perceber, mas o da demanda espontânea, por ele ser demanda espontânea e não ter aquele atendimento especial e nem participar de nenhum programa, ele não tem o mesmo relacionamento de proximidade, um vínculo mesmo emocional com a enfermeira, com os médicos, então eles não gostavam de participar de entrevistas (Taís).

[...] E essa resposta vinha, realmente, quando a gente pegava um usuário do programa. As notas eram sempre 10 e, quando a gente pegava um demanda espontânea, as notas eram numa média de 3 e 4. Eles nunca davam uma nota satisfatória (Rita).

[...] Porque ele nunca sabia responder realmente, não reflete a realidade. Quando você pega um participante do programa, é uma coisa, ele é bem assistido, principalmente o hipertenso ou diabético (Francisco).

A questão do tempo do usuário, às vezes, ele estava aguardando uma consulta, às vezes, ele tinha terminado uma consulta e queria retornar para casa [...] (Francisco).

[...] Outro fator é o desconhecimento do usuário. Acho que poucos conhecem os serviços de saúde e acho que isso é um dos fatores que levam a uma resposta que não reflete a realidade daquele serviço [...] Tem uma pergunta que eu fiz uso em algumas situações: “Você sabe o telefone da ouvidoria?”. O usuário nunca sabia e ninguém nunca falou para ele sobre essa questão. É uma questão importante para os usuários porque ele pode estar fazendo uma conexão com o Ministério da Saúde, desde que ele saiba os canais para ele estar fazendo isso [...] Temos, também, outro usuário que é o comprometido e vivencia o dia a dia da unidade e ele tem umas respostas mais completas e mais abrangentes com relação à questão do serviço (Antônio).

A avaliação feita pelos usuários sobre os serviços é tida, pelos avaliadores, como discrepante. Houve um momento, durante a aplicação do questionário, em que os usuários, depois de julgarem vários aspectos dos serviços oferecidos pelas equipes das unidades, foram convocados a dar uma nota de 0 a 10 para estes. Chamou a atenção dos avaliadores que as notas dadas eram altas, muitos chegavam a dar nota 10, mesmo depois de julgarem os serviços de maneira um tanto negativa no decorrer de todo o questionário. Segundo os avaliadores, isso aconteceu porque os usuários tinham a crença de que dar uma nota baixa prejudicaria aquele serviço que o atendia. Diante disso, apesar de as respostas do questionário não refletirem uma nota 10, o usuário dava esse valor por receio de que uma má avaliação o fizesse perder aquele serviço. Houve, também, situações

em que os usuários estavam extremamente satisfeitos com os serviços, possuíam um vínculo grande com a equipe da unidade e, por esse motivo, davam notas altas.

[...] Os usuários, a maioria pelo menos, são muitos verdadeiros no que eles falam... É uma faca de dois gumes, ao mesmo tempo em que ele está satisfeito, às vezes ele está insatisfeito (Rita).

[...] Eu acho interessante a resposta deles com relação àquela pergunta sobre a avaliação do serviço, pois muitos dizem que era ruim, mas, no final, na hora de dar a nota, davam 10. Então, eu acho que isso vinha da necessidade, pois ele precisa daquele serviço e eu acho que, na cabeça dele, se ele desse uma nota baixa, ele ia acabar com o serviço, iam tirar o pouco que tinha (Antônio).

[...] Ele não consegue entender ainda que, se ele não der uma nota baixa para aquele atendimento e para aquele profissional, nunca vai haver uma melhoria disso. Ele ainda não entende que ele faz parte daquele processo e que é importante dizer que, se ele disser que está errado, vai ter melhoria (Sônia).

[...] Tem usuário que estava satisfeito, que gostava do seu médico, do seu enfermeiro. Dava 10 porque ele realmente achava que o profissional merecia, tinha usuário que tinha aquele vínculo emocional com o profissional (Taís).

De acordo com Fontenelle, Alves e Câmara (2012), a satisfação do usuário está diretamente relacionada ao acesso e acolhimento que ele recebe na porta de entrada para os serviços de saúde. Esses fatores incluem desde o atendimento na recepção, agilidade nas filas, boa relação

com o quadro funcional da unidade, entrega de medicação até as informações divulgadas na comunidade.

PMAQ-AB como indutor de mudanças

A opinião dos avaliadores que participaram dos dois ciclos do PMAQ-AB torna-se importante em virtude da vivência do antes e do depois. Isso demonstra que o processo de avaliação objetiva a melhoria do serviço e tende a ser um instrumento que busca a qualidade do serviço ofertado à população.

[...] Praticamente, todos os municípios que entraram no programa mudaram. Houve mudanças, ninguém pode negar, em vários níveis, tanto na estrutura, no aumento das unidades do município, na tentativa de qualificação de alguns profissionais (Nair).

Apesar de ser a primeira instância na hierarquia do cuidado, a atenção básica ainda é um serviço sem resolutividade no Brasil. Isso se dá devido à cultura implantada, na qual o modelo hospitalocêntrico ainda exerce um papel preponderante na atenção do cuidado.

[...] Eu acho que o PMAQ contribuiu muito para uma mudança de pensamento, porque, assim, eles poderiam fazer as mesmas coisas sem o PMAQ. Eu acho que o PMAQ ele não está ali só para ser uma coisa que dá verba, ele está ali para mostrar para eles que, quanto melhor você trabalha, quanto mais acesso a população tiver àquele serviço, é melhor para eles, porque a atenção básica é a porta de entrada. Então, se esse fluxo na atenção básica flui, os outros setores de maior complexidade acabam desafogando

um pouco, porque, quando você faz um atendimento que você vê que aquele paciente não necessita ir para um hospital, que você consegue cuidar dele ali na atenção primária, isso já muda tudo. Eu acho que veio essa melhora também em relação a esse pensamento (Taís).

O PMAQ-AB deve caracterizar-se, pela sua importância no processo de valorização da atenção básica, como um programa de Estado, como aconteceu com a Estratégia Saúde da Família (ESF). Não se pode negar que, quando existem diretrizes estabelecidas para estimular a importância da atenção básica, o processo de trabalho tende a ser mais benéfico à população, direcionado às suas necessidades e com um elo vinculante entre o serviço e a comunidade atendida.

[...] Uma mudança que eu verifiquei, que foi causada pelo PMAQ mesmo, é a forma como eles lidam com a saúde, os profissionais de saúde dentro da estrutura de saúde da família. Ainda, por causa do PMAQ, eles tiveram que mudar isso; realmente, os que não tinham entrado na estratégia de saúde da família tiveram que entrar [...] o PMAQ muda, realmente, nos profissionais, a estrutura de como lidar com essas pessoas, trabalhando realmente na prevenção (Nair).

A Estratégia Saúde da Família ainda sofre deficiências pela ausência de profissionais, principalmente, médicos. A (de)formação elitizada implantada, produto da estrutura econômica hegemônica da sociedade, estabelece vínculos com uma prática médica orientada para um mercado de trabalho distante da realidade dos serviços de saúde ofertados à população. Apesar das mudanças curriculares implantadas para a formação de profissionais mais

humanizados, com a visão de coletividade e que consigam compreender a necessidade da educação permanente, ainda não se observa que estes estejam sendo formados para atender às necessidades do sistema de saúde vigente no Brasil.

Com a iniciativa e coragem do Ministério da Saúde em implantar o programa Mais Médicos, por meio da Portaria 1369, de 8 de julho de 2013 (BRASIL, 2013a), apesar da resistência esperada das entidades médicas, as populações desassistidas dos lugares mais distantes dos grandes centros foram aquinhoadas com a presença do médico nas equipes da ESF. A presença desse profissional propiciou a qualidade do atendimento e facilitou o vínculo da equipe de saúde com as pessoas da comunidade assistida. Isso foi sentido, claramente, no discurso dos avaliadores do PMAQ-AB.

[...] Com o Mais Médicos, muitas equipes que não conseguiam ser completas para poder aderir ao PMAQ, nesse 2º ciclo, estavam completas. Eu acho que eu não fui a nenhum município que não tivesse médico (Taís).

[...] Outro ponto que é importante, já com relação do 1º para o 2º ciclo, é a presença do médico nas localidades. Isso foi destacado pelos usuários e foi uma coisa que eu percebi do 1º para o 2º ciclo. Eles enfatizaram isso em muitos municípios, porque agora eles têm um médico lá. Isso aí eu acho que já é parte dos programas (Antônio).

Outro ponto que vale ser ressaltado, e que indica o PMAQ-AB como indutor de mudanças na atenção básica, refere-se à estrutura das unidades, cujo fato de se ter uma unidade com deficiências na estrutura era sempre colocado como justificativa para a falta de profissionais.

[...] No primeiro ciclo, os municípios desconheciam. Realmente, a estrutura era péssima, não tinham materiais, e, assim, no 2º ciclo, eu já pude ver melhorias e percebi também que o município levou mais a sério o PMAQ (Joana).

Por meio da implantação do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), o Ministério da Saúde criou incentivo financeiro para a reforma, ampliação e construção de Unidades Básicas de Saúde (UBSs), com vistas à melhoria das condições do trabalho em saúde. O Requalifica UBS é uma das estratégias do ministério para a estruturação e fortalecimento da atenção básica, propondo estrutura física mais acolhedora e dentro dos melhores padrões de qualidade e viabilizando mudanças das práticas das equipes de saúde. (BRASIL, 2013b) Essa diferença já pode ser notada no período entre uma e outra avaliação externa, segundo os avaliadores.

[...] Em questão das unidades realmente novas, eu vi que, realmente, na verdade, elas estavam novas, porque estavam em processo de construção. Aí nós voltamos lá e, realmente, tinham construído (Ilma).

[...] A mudança que eu vejo que aconteceu mesmo foi no fato de que, em alguns lugares, não existiam quase unidades básicas, nem posto de saúde. Eles tentaram melhorar a estrutura, implantaram em alguns lugares que não tinham [...] A mudança ocorreu com alguns usuários também, porque eles diziam, nas entrevistas, que, antes, não tinham algumas coisas dentro das unidades e, agora, eles já tinham ou tinham com mais frequência (Nair).

A Portaria Interministerial 2488, de 21 de outubro de 2011, estabeleceu o aprimoramento da atenção básica por meio da criação das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Unidades Básicas de Saúde Fluviais (BRASIL, 2011), em que o Ministério da Saúde oportuniza o cuidado para essas populações, que habitam em áreas onde o acesso é fluvial. O estado do Pará, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, incentivou e apoiou a adesão das Secretarias Municipais na implantação dessas equipes especiais que vão ao encontro da geografia local.

[...] Inclusive, nesse 2º ciclo, eu percebi, também com relação aos ribeirinhos, que tem uma portaria que fala sobre o ribeirinho, da preocupação em questão a eles, e eu encontrei dois municípios que tiveram essa preocupação. Eles montaram uma estrutura para eles, e eu visitei a estrutura, olhei os resultados e, enfim, conversei com a equipe e conversei com o usuário, que é o ser principal, e eles disseram que, realmente, o PMAQ eles enxergam como uma coisa positiva, que beneficiou a eles (Joana).

De acordo com a proposta do PMAQ-AB, enquanto modelo avaliativo, no 2º ciclo, houve a inclusão das avaliações das equipes de saúde bucal (ESBs) que atuam na Estratégia Saúde da Família e nos Núcleos de Apoio às Equipes Saúde da Família (NASFs). Isso demonstra a importância do trabalho em equipe na busca da atenção básica de qualidade. Nesse contexto, também há o acompanhamento e financiamento do Ministério da Saúde, por meio do Programa Brasil Sorridente, que estabelece ações para reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção. Na atenção básica, a principal linha de ação da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil

Sorridente institui o aumento das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. (BRASIL, 2004b)

[...] Uma coisa que é notável, que é opinião de todos, é o caso da odontologia, que realmente melhorou em todos os municípios. Todos os municípios têm dentista, têm uma estrutura boa, estrutura da sala do dentista, realmente, tem aparelhos novos (Ilma).

[...] Uma coisa muito interessante, nesse 2º ciclo, foi a presença do médico e do dentista, porque a equipe realmente estava completa. Eu acho que foram pouquíssimos casos, eu não lembro, para dizer a verdade, de unidades que estivessem desfalcadas (Taís).

Desafios da atenção básica

Embora já se tenham registrado avanços no processo de trabalho e na linha de cuidado da atenção básica, ainda existem muitos desafios a serem superados. Um deles é a formação do profissional para o trabalho em equipe. Apesar de a proposta de mudança do paradigma da formação na área da saúde recomendada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde ser clara e já estar implantada há mais de uma década, o biologicismo e o tecnicismo ainda superam a visão coletiva da odontologia. Esse problema foi sentido pelos avaliadores.

[...] Uma coisa que eu acredito que precisa melhorar na odontologia é ela dialogar com a atenção básica, que ela não dialoga, eles não sentam, não planejam [...] Então, esse olhar do dentista precisa mudar, ele não dialoga, não vai funcionar, por mais que eles estejam lá (Joana).

Esse fato torna-se visível quando, na maioria das vezes, o cirurgião-dentista, parte integrante da ESF, não consegue sair dos muros do consultório para planejar suas atividades, de modo a realizar um trabalho coletivo. O individual ainda predomina e isso é agravado pela visão dos gestores, que priorizam os atendimentos da demanda espontânea. Como, na grande maioria das equipes, o planejamento não é realizado, torna-se insuficiente o número de fichas. O que ocorre em virtude do equívoco entre ações de saúde bucal a partir do diagnóstico, seguindo as prioridades para a melhoria da qualidade de vida das famílias atendidas, e o tratamento emergencial.

Segundo Cericato, Garbin e Fernandes (2007), existe uma resistência, por parte da ESB, na execução do trabalho em equipe, o que pode ser atribuído principalmente à formação do cirurgião-dentista, com valorização extrema ao desenvolvimento de habilidades técnicas e especializadas, em detrimento das habilidades necessárias ao trabalho em equipe, articulado e com a coletividade. Os resultados de uma pesquisa qualitativa, realizada por Reis, Scherer e Carcereri (2015), com cirurgiões-dentistas de Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do Centro- Oeste do Brasil, ratificam esse discurso, pois mostram maior valorização do trabalho dentro da unidade de saúde, estabelecendo pouco vínculo com os usuários dos serviços. Isso demonstra que a atuação do cirurgião-dentista ainda é centrada no modelo tradicional de atenção, voltado ao atendimento de demanda espontânea e de cuidado individual.

[...] A gente não tem reclamação, a reclamação é em relação à insuficiência de número de consultas, porque é difícil você realmente marcar consulta com o dentista, conseguir a ficha (Ilma).

Outro desafio da atenção básica está na proposta da educação permanente em saúde (EPS). Cecim (2005, p. 976) afirma que “a educação permanente em saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente”.

[...] Os profissionais se sentem muito perdidos [] eles não sabem o que fazer, como agir trabalhando na atenção básica (Nair).

A realidade é que a EPS não está sendo realizada ou, quando existe, muitas vezes, não é discutida coletivamente, elencando prioridades para uma formação para o serviço. Falta uma construção política para que o trabalho do SUS seja desenvolvido de maneira eficaz, tanto para os usuários quanto para os profissionais da atenção básica, que necessitam de princípios norteadores para a qualificação da gestão e da assistência em saúde.

Considerações finais

A realidade dos conteúdos que emergiram das pessoas que realizaram a avaliação externa do PMAQ-AB, no 1º e no 2º ciclo no Pará, demonstrou que o PMAQ-AB é um instrumento indutor de mudanças na atenção básica.

Avaliar serviços de saúde não era uma prática oficial. A análise dos dados do PMAQ-AB apresentou, por meio da proposta de valorização da atenção básica, resultados positivos na detecção dos problemas e nas propostas de soluções. Quem ganha com esse modelo é a população usuária, a comunidade atendida. Apesar da inicial resistência dos gestores, o bônus da contratualização/

recontratualização foi um fator estimulante para o acréscimo de adesões entre um ciclo e outro.

Um fato interessante que o PMAQ-AB proporcionou foi a avaliação indireta das políticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. Segundo os avaliadores, a visão dos usuários demonstrou que o rumo está certo e que as políticas adotadas oportunizaram melhores práticas de cuidado e serviços mais eficazes. Foi relatado que os programas Mais Médicos, Requalifica UBS, Estratégia Saúde da Família Ribeirinhas e Brasil Sorridente, entre outros, demonstram ser importantes na melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

Contudo, a atenção básica ainda tem muitos desafios. O desafio da fixação do profissional de saúde, levando-se em consideração a precarização do vínculo do profissional; a dificuldade do trabalho em equipe, gerada por uma formação individualista, tecnicista e elitizada; a dificuldade da construção de uma estratégia participativa para a educação permanente, baseada nas necessidades do serviço, são alguns desafios enumerados pelos avaliadores a serem enfrentados para a resolutividade da atenção básica.

Essa proposta qualitativa de avaliação não pode esgotar-se aqui. Há a necessidade da participação de outros atores, além dos usuários, gestores e profissionais que atuam na ESF, capazes de avaliar, analisar e sugerir propostas de melhoria da resolutividade, da qualidade e do acesso, objetivando a valorização da atenção básica do sistema de saúde do país.

Referências

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 2011.
- BOSI, M.L.M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Cienc. Saúde Col.**, mar. 2012, v.17, n.3, p.575-586.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília/ DF, 1990.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNASS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - Resultado do Processo Avaliativo 2004-2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial 2488. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial da União, 24 de outubro de 2011, seção 1, p. 48, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial 1369**. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial da União, 9 de julho de 2013, seção 1, cap. IV, p. 2. 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial 1382**. Habilita municípios a receberem recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) componente Reforma de Unidades Básicas de Saúde. Diário Oficial da União, 10 de julho de 2013, seção 1, p. 90, 2013b.

CAMPOS, R.O., FURTADO, J.P. **Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde**. Campinas: Ed. Unicamp, 2011.

_____. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Cienc. Saúde Col.**, dez. 2011, v.16, n.12, p.4643-4652.

CECIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Cienc. Saúde Col.**, out./dez. 2005, v.10, n.4.

CERICATO, G.O.; GARBIN, D.; FERNANDES, A.P.S. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **RFO-UPF**, set./ dez. 2007, v.12, n.3, p.18-23.

DESLANDES, S.F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Públ.**, jan./mar. 1997, v.13, n.1, p.103-107.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University, 2003.

FAUSTO, M.C.R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, out. 2014, v.38, n.especial, p.13-33.

FONTENELLE, A.M.M.; ALVES, S.M.A; CÂMARA, J.T. Avaliação do programa nacional de atenção à hipertensão e diabetes: satisfação dos usuários de uma unidade básica de saúde em Caxias- MA. **Cad. Pesq**, jan./abr. 2012, v.19, n.1, p.81-87.

GATTINARA, B.C. et al. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos Norte e Ichilo, Bolivia. **Cad. Saúde Públ.**, jul./set., 1995, v.11, n.3, p.425-438.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estados**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pa#>> 2014. Acesso em: 23/03/2015.

MINAYO, M. C. S. et al. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico/CTA/Coas da Região Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, abr./jun. 1999, v.15, n.2, p.355-367.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**, 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, M.A.F. et al. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. **Saúde Debate**, abr./jun. 2014, v.38, n.101, p.368-378.

PINHO, L.B.; HERNÁNDEZ, A.M.B.; KANTORSKI, L.P. Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. **Esc. Anna Nery**, abr./jun. 2010, v.14, n.2, p.260-267.

PINTO, H.A.; SOUZA, A.; FLORÊNCIO, A.R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, ago. 2012, v.6, n.2, supl..

REIS, W.G.; SCHERER, M.D.A.; CARCERERI, D.L. O trabalho do cirurgião-dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde Debate**, jan./mar. 2015, v.39, n.104, p.56-64.

RESSEL, L.B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto Contexto Enferm.**, out./dez. 2008, v.17, n.4, p.779-786.

SANTOS, T.C. et al. Desmistificando o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) como instrumento punitivo. In: 11º CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, Ceará, abr. 2014. **Anais**. Interface (Botucatu), supl. 3, 2014.

SILVA, M.A.A.; RODRIGUES, V.Z.C. Gestão dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) em uma regional de saúde do Distrito Federal (SES-DF): visão do gestor relacionada ao preparo para a função. **Rev. Eletrônica Gest. Saúde**, 2013, v.4, n.3, p.843-860.

STEIN, A.T. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, jan./mar. 2013, v.22, n.1, p.179-181.

TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde Col.**, abr. 2012, v.17, n.4, p.821-828.

USHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Públ.**, nov./dez. 2002, v.18, n.6, p.1561-1569.

RETRATANDO O PERCURSO DO PMAQ- AB EM MATO GROSSO DO SUL: o olhar do avaliador no processo de avaliação externa

*Laís Alves de Souza
Fernando Pierette Ferrari
Mara Lisiane de Moraes dos Santos
Adriane Pires Batiston
Vera Lucia Kodjaoglanian
Alessandro Diogo De Carli*

Introdução

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), como “principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde” (BRASIL, 2012), aposta na mobilização dos diversos atores envolvidos na produção da saúde na atenção básica (AB)- trabalhadores, usuários e gestores. Fomenta, ainda, espaços de diálogo, problematização, negociação e gestão que tenham potência para produzir mudanças concretas na realidade dos serviços. (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014) Ao suscitar movimento entre os atores implicados na AB em diferentes realidades, o programa pretende ser um mecanismo de indução da qualificação dos trabalhadores

e da orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários, buscando promover impactos na saúde da população.

Enquanto potente dispositivo de transformações, o PMAQ-AB afetou também outros atores, além daqueles diretamente implicados nos serviços da atenção básica (trabalhadores, usuários, gestores): os avaliadores, supervisores e coordenadores responsáveis por gerir e realizar a avaliação externa no PMAQ-AB.

Tais mudanças ocorreram como resultado de todo o movimento deflagrado pelas ações de gestão do processo de avaliação externa, formação dos avaliadores – com reuniões periódicas para avaliação e reflexão sobre todo o processo de trabalho –, experiências no trabalho de campo com as equipes e curso de Especialização em Avaliação de Serviços de Saúde. O encontro entre esses atores e as vivências nas distintas realidades no trabalho de campo configurou-se como uma proeminente experiência de Educação Permanente em Saúde, já que proporcionou a desorganização de conhecimentos e concepções já sedimentadas, provocou novas maneiras de pensar e diferentes saberes, movimentos de “estranhamento, de desacomodação, de ‘perguntação’ e de implicação.” (CECCIM; FERLA, 2008, p.453)

Especificamente entre os avaliadores, o PMAQ-AB produziu um contexto bastante particular como provocador de reflexões, análises de contextos, críticas e ressignificações acerca das práticas de gestão, atenção e avaliação em saúde. As experiências durante o processo extrapolaram o campo das rotinas e constituíram um dispositivo de exposição e de autorreconhecimento enquanto profissionais da saúde e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

No 1º ciclo do PMAQ-AB, realizado em Mato Grosso do Sul – estado com uma extensão territorial de

357.125 km², 79 municípios, divididos em quatro Regiões de saúde – o trabalho de campo referente à avaliação externa compreendeu 184 avaliações externas de equipes vinculadas ao programa e 215 avaliações apenas da estrutura física de unidades que não aderiram ao PMAQ-AB, totalizando 51 municípios avaliados. No 2º ciclo foram avaliados 73 municípios, 443 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), 414 equipes de Saúde Bucal e 38 Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

O processo seletivo para avaliadores, supervisores e supervisores-tutores para atuar na avaliação externa do PMAQ-AB 2º ciclo, no estado de Mato Grosso do Sul, foi conduzido pela Rede Governo Colaborativo em Saúde. Após publicação dos editais, os mesmos foram amplamente divulgados no estado. Foram utilizadas redes sociais, *sites* das instituições envolvidas, além do envio dos editais aos atores da saúde do estado, como professores e estudantes de cursos de graduação e pós-graduação das instituições de ensino, trabalhadores e gestores do estado e dos municípios.

Previamente ao início das atividades, foram realizadas oficinas de formação, com a participação dos avaliadores, supervisores, coordenação local e equipe técnica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Em dezembro de 2014, aconteceu a aula inicial do curso de especialização e também atividades de formação destinadas aos supervisores/tutores e supervisores.

Os encontros sistemáticos entre a coordenação local e os supervisores e avaliadores de campo se apresentaram como facilitadores do processo. Houve o estabelecimento de vínculo e compromisso entre os participantes, além de discussão e reflexão sobre situações e possíveis problemas a serem enfrentados.

Todo o processo de avaliação foi acompanhado por meio de um grupo criado em rede social, com todos os envolvidos no PMAQ-AB em Mato Grosso do Sul. Esse mecanismo de interação possibilitou o contato constante entre os diversos atores envolvidos.

Paralelamente, coordenadores, tutores e avaliadores participaram do Encontro Nacional de Avaliadores do PMAQ-AB, que aconteceu no 11º Congresso Internacional da Rede Unida (ocorrido em Fortaleza-CE, em abril de 2014), possibilitando trocas de experiências relevantes com outras realidades.

Essa experiência revela que a oportunidade de participar de uma iniciativa como o PMAQ-AB é singular, principalmente no que se refere ao desenvolvimento das habilidades interpessoais, à possibilidade de melhor conhecimento das particularidades do setor saúde no estado de Mato Grosso do Sul e à colaboração para que a proposta sirva como norteadora da indução do processo de mudança no campo das práticas em saúde.

Em relação às fragilidades e potencialidades desse processo, temos o entendimento de que a identificação destas é fator essencial para o crescimento do programa e que constantes avaliações podem impactar de forma muito positiva a qualidade dos serviços de saúde.

Todo esse movimento gerou experiências que deflagraram, nos avaliadores do Mato Grosso do Sul, olhares diferentes acerca da AB e de toda a complexidade que envolve o cuidado e o trabalho em saúde. Tal processo foi identificado ao longo de toda a avaliação externa. E este texto foi construído a partir dos relatos dos avaliadores, obtidos em uma oficina realizada ao final da fase de avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ-AB no Mato Grosso do Sul, com a participação da equipe gestora local, supervisores e avaliadores. Entre as atividades da oficina, propusemos

que os avaliadores, considerando suas vivências enquanto participantes ativos desse processo, relatassem suas percepções sobre a atenção básica e sobre o PMAQ-AB no Mato Grosso do Sul, e sobre como essa experiência repercutiu em suas concepções a respeito de tais temas. As reflexões propostas aqui são produto da análise dessas percepções.

Um olhar sob o processo formativo no PMAQ-AB

Na percepção dos avaliadores, a vertente educativa da oportunidade de participação do PMAQ-AB possibilitou que emergissem questões alusivas à educação permanente em saúde, à aprendizagem significativa e ao pensamento crítico-reflexivo, tópicos estes que norteiam os processos formativos transformadores da realidade.

O conceito de educação permanente em saúde, no sentido ampliado, considera que a mesma corresponde à educação em serviço aliada à educação continuada e à educação formal de profissionais. Dessa forma,

[...] a educação permanente corresponde à educação em serviço quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica, submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudanças da orientação política, das ações prestadas em um dado tempo e lugar. Corresponde à educação continuada quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviços em tempo e lugar. Por fim, corresponde à educação formal de profissionais quando

esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor mundo do trabalho e o setor mundo de ensino. (CECCIM, 2005, p.162)

Ao ofertar essa possibilidade aos membros da equipe de avaliação, o PMAQ-AB fortaleceu também sua vertente comprometida com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) (BRASIL, 2004), ao passo que considera a realidade local e dá subsídios para seu avanço.

A Política Nacional de EPS estrutura-se por meio de três eixos fundamentais: a relação entre educação e trabalho, a mudança na formação e a produção de conhecimento. A recomposição das práticas de atenção, de gestão e do controle social no setor da saúde são concretizadas no encontro entre o mundo da formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se congregam ao cotidiano dos serviços. E a educação permanente trabalha com as transformações das práticas técnicas e sociais, partindo sempre da realidade em que os sujeitos envolvidos estão inseridos. (GUIMARÃES et al., 2010)

Tal fato foi evidenciado pela experiência dos avaliadores externos, que relataram que a participação no PMAQ-AB propiciou o conhecimento da realidade do SUS na AB em Mato Grosso do Sul.

Em consonância com a política de EPS, a qual prevê a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se vinculam à realidade, tendo como alicerce a aprendizagem significativa (BRASIL, 2004; 2014), o PMAQ-AB mostrou-se como dispositivo que privilegiou esse processo. Provocou o aumento do conhecimento, articulando teoria e prática, em extensão e profundidade, proporcionando a compreensão de várias realidades e a possibilidade de ouvir experiências:

O conhecimento adquirido (no PMAQ) é fantástico. Um aprendizado prático. Conseguimos desenvolver um olhar mais reflexivo, mais empático, olhar para todo o sistema e enxergar as potencialidades e fragilidades.

Para produzir mudanças no processo de trabalho da gestão e da atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com a prática e concepções vigentes, problematizando-as no concreto do trabalho de cada equipe. A partir disso, no nosso caso, os avaliadores ressaltaram que foi possível a construção de novos pactos de convivência e práticas tanto entre trabalhadores quanto entre as equipes. Os serviços de saúde foram provocados à aproximação dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos da reforma do sistema brasileiro de saúde.

Cresce a importância de que as práticas educativo-formativas configurem dispositivos para a análise da(s) experiência(s) locais; da organização de ações em rede/em cadeia; das possibilidades de integração entre formação, desenvolvimento docente, mudanças na gestão e nas práticas de atenção à saúde, fortalecimento da participação popular e valorização dos saberes locais. (CECCIM, 2005)

Nesse alinhamento, o desenvolvimento de postura crítico-reflexiva por parte dos avaliadores, tendo em vista suas vivências em campo, avaliza a potencialidade do PMAQ-AB em despertar, em seus participantes, um olhar plural, atento e problematizador, capaz de identificar, em diferentes realidades, suas singularidades e diversidades.

Em decorrência dessa característica, na visão dos avaliadores, foi possível identificar potencialidades locais, assim como fragilidades, principalmente referentes à qualificação profissional e à precarização do serviço (falta de insumos e de profissionais).

A experiência do PMAQ-AB em Mato Grosso do Sul, para além do processo avaliativo a que se propôs, contribuiu sobremaneira com o processo formativo dos avaliadores externos, todos profissionais de saúde (em vários níveis de formação), que, de alguma forma, direta ou indiretamente, atuam nas redes locais de saúde.

Nesse sentido, vemos como um desafio a necessidade de continuidade da cultura avaliativa nos serviços de saúde, pois, através desta, diversas outras questões relevantes estão sendo vistas com maior ênfase por parte dos gestores, dos trabalhadores e da sociedade em geral.

“O bom” profissional na ESF, a relação com a gestão e com as instituições formadoras

Desde sua criação, o Sistema Único de Saúde passou por vários momentos e transformações para seu fortalecimento como política de Estado. Podemos destacar diferentes e complexos desafios que, em alguma medida, marcaram o processo de implantação e consolidação do sistema de saúde brasileiro.

Ao analisarmos esse percurso histórico, acreditamos que a aposta na expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) como base do sistema de saúde, tornando-a porta de entrada preferencial dos usuários, aproximou o Brasil da concretização dos princípios doutrinários do SUS. Entretanto, muitos são os nós críticos envolvidos na incorporação dos princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde e principalmente na oferta de ações e serviços de qualidade ao conjunto de usuários brasileiros. (RIZZOTO et al., 2014)

Pouco após a criação do PMAQ-AB, houve a publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e, em linhas gerais, a mudança na forma de repasses financeiros.

Agora alinhados ao desempenho das equipes de saúde da AB para a implantação e desenvolvimento de ações previstas no PMAQ-AB, deveriam ter gerado intensa mobilização de gestores, trabalhadores e usuários no sentido de mudanças no processo de trabalho, aumentando o acesso e a qualidade na atenção à saúde. (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014)

Quando levantamos o questionamento sobre em que medida o PMAQ-AB mobilizou os atores envolvidos na ESF, pretendemos fazer uma análise entre os objetivos e operacionalização desse programa e a percepção dos avaliadores responsáveis pela avaliação externa sobre a participação dos profissionais da AB nesse processo. Já que o programa tem como centralidade a promoção de mudanças nas unidades de saúde, considerando que as transformações esperadas pautam-se na ideia da institucionalização da avaliação como processo analítico, reflexivo e propositivo de novas práticas desses profissionais e de suas equipes. Práticas estas capazes de melhor atender às necessidades da população, sem perder de vista os atributos esperados na APS.

O PMAQ-AB possui, no conjunto de suas diretrizes, alguns objetivos essenciais a serem, aqui, debatidos, entre eles: estimular o processo contínuo de melhoramentos dos padrões e indicadores do acesso e da qualidade; mobilizar e responsabilizar os gestores e as equipes de saúde de AB e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da AB; estimular a efetiva mudança no modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades dos usuários e o caráter voluntário para adesão ao programa tanto pelas equipes de saúde quanto pelos gestores, partindo do pressuposto de que seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos. (BRASIL, 2012)

Diante desses objetivos, era esperado que, ao formalizarem a adesão ao PMAQ-AB, as equipes de saúde estivessem mobilizadas, envolvidas e informadas sobre o processo de avaliação e monitoramento. Entende-se que a adesão ao PMAQ-AB, por si só, é um potente dispositivo para desencadear na equipe questionamentos e reflexões sobre as condições de trabalho, tecnologias utilizadas, processo de trabalho (interação entre profissionais/equipes), planejamento, monitoramento e educação permanente. (SEIDL et al., 2014) Na perspectiva dos avaliadores, foi possível observar que, entre os profissionais que responderam à avaliação externa, houve demonstração de reconhecimento do PMAQ-AB como uma estratégia de reorganização do processo de trabalho da equipe, o que influencia diretamente na melhoria da atenção oferecida aos usuários.

Os profissionais e gestores estão começando a entender a verdadeira função de uma UBSF através do PMAQ.

Por outro lado, os avaliadores que percorreram o estado de Mato Grosso do Sul também identificaram que o PMAQ-AB não era conhecido entre muitos profissionais, sugerindo fragilidade na integração entre as equipes e os gestores, uma vez que vários profissionais desconheciam a concepção e os objetivos do processo avaliativo, bem como a adesão de várias equipes no programa se deu por decisão unilateral do gestor, sem que a equipe tenha acordado a adesão voluntariamente.

Podemos então reforçar a ideia de que é o envolvimento de todos os atores (profissionais, gestores, usuários), conforme idealizado quando instituído o PMAQ-AB, que garante que o programa cumpra seus objetivos para além de uma avaliação pontual. Mas este, ao se institucionalizar como processo contínuo, afeta

diretamente os serviços, gera reflexão sobre as práticas, estimula a educação permanente e a participação integrada de profissionais, gestores e usuários, oportunizando as mudanças esperadas no sentido da melhoria da qualidade prestada no âmbito da atenção básica.

As equipes vêm se preparando e se adequando para melhorar o acesso e a qualidade à medida que os ciclos estão sendo realizados, afirmando a proposta do PMAQ.

A valorização dos profissionais da saúde tem se apresentado como um dos principais desafios do processo de fortalecimento do SUS. Sem a participação efetiva desses atores, cria-se distanciamento entre as propostas de mudanças necessárias para a implementação de políticas e programas e para as mudanças concretamente instituídas no cotidiano dos serviços de saúde (SEIDL et al., 2014)

Quanto à valorização dos profissionais, o PMAQ-AB oportuniza que a mesma se dê em duas direções: a primeira seria no sentido de que a equipe de saúde, em sua concepção, ganha novos delineamentos, com corresponsabilização e maior protagonismo de todos os seus integrantes, uma vez que, para adequação e melhoria das práticas, toda a equipe deve estar envolvida e integrada. Ainda, sobre o processo de trabalho, a educação permanente também aparece fortemente como um ganho intermediado pelo processo do PMAQ-AB para as equipes. Embora a Política Nacional de Educação Permanente tenha sido publicada em 2009, na prática, muitas equipes não conseguiram implantá-la de forma satisfatória e que impactasse as práticas e a realidade dos serviços de saúde.

Uma segunda direção da valorização dos profissionais está na ampliação dos recursos financeiros para as equipes que alcancem bons resultados no ciclo avaliativo do PMAQ-

AB. Muitos gestores optaram pelo repasse do recurso diretamente aos profissionais, representando, na visão destes, um reconhecimento pelos resultados alcançados por sua equipe e um incentivo constante para melhoria das ações e busca de mudanças na lógica do cuidado ofertado à população.

A atuação individual do profissional da saúde na AB também foi reconhecida e destacada pelos avaliadores na centralidade do processo do cuidado, sendo decisiva para a resolutividade da AB e da rede de atenção à saúde. Nesse sentido, não somente o conhecimento técnico e específico de cada profissão, mas o reconhecimento de um contexto maior, sobre os princípios e funcionamento da AB, da rede de atenção e do próprio Sistema Único de Saúde, foi tido como fator que interferiu diretamente na execução das ações pelo profissional e pelas equipes.

As pessoas que vão ou que já trabalham na AB precisam ser mais preparadas para receber os usuários que as procuram. Precisam ter um conhecimento maior de AB e humanização.

“Entender o ser humano no seu meio de convívio, onde estão inseridos, não é uma tarefa simples”. Temos que levar em consideração o meio do qual ele recebe uma chuva de influências.

Ceccim e Ferla (2008) contemplaram a necessidade de compreender o SUS e a atenção à saúde de modo amplo e complementar, superando a dicotomia tanto no desenvolvimento do conhecimento quanto na execução das ações. Os avaliadores do PMAQ-AB observaram *in loco* a importância da coerência entre a ação do profissional e o local onde o mesmo executa suas ações, ressaltando a vantagem da integralidade e superando a fragmentação do

cuidado para melhores resultados das equipes.

Sobre a fragmentação do processo de trabalho, a não compreensão deste como um todo aliena o trabalhador, que, ao ficar restrito a apenas uma parte, não reconhece o valor de suas ações para o sucesso de um projeto amplo. No Mato Grosso do Sul, o PMAQ-AB foi considerado catalisador para o reconhecimento da amplitude da rede de atenção à saúde.

O PMAQ vem como um “start” de iniciativas que torna o cotidiano menos desprazeroso pelas consequências do fazer pelo fazer, e os atores envolvidos passam a enxergar a riqueza das tecnologias e de todas as ações envolvidas.

Sobre isso, Costa e colaboradores (2009) referiram que um dos fatores de escolha dos profissionais para trabalhar na ESF é a identificação com a proposta de trabalho, decorrente de conhecimento prévio, ocorrido durante a formação, ou de experiência anterior de trabalho.

Observamos, hoje em dia, a dissonância entre a formação e o perfil profissional esperado para responder às demandas de saúde, o que tem contribuído para que os profissionais desenvolvam suas atividades de modo fragmentado, ineficaz e marcado pela falta de motivação no trabalho.

A ausência de vivências práticas e reflexivas na AB, durante o período acadêmico, pode gerar, futuramente, nos profissionais, o estranhamento quanto ao modo de produzir saúde e o reconhecimento de sua inadequação profissional para atuação no local. Assim, a frustração de profissionais, explicitada atualmente, sobre a atuação na AB, tem como centralidade a discrepância entre suas expectativas e conceitos formados durante o processo

educativo e a realidade do trabalho encontrada na vida profissional.

O profissional, ao se deparar com lacunas da formação, como a falta de competência para o enfrentamento de problemas mais complexos do que a abordagem clínica exclusiva, trabalha insatisfeito por não saber como proceder durante abordagens de problemas sociais, como a drogadição e a violência. Questões antes consideradas sociais e de cunho privado e que tornam-se, num contexto ampliado, problemas de saúde.

A ignorância sobre o contexto cultural e histórico dos indivíduos, a descrença em sua autonomia para cuidar da saúde e fazer escolhas a partir de conhecimentos e experiências prévias, o desconhecimento sobre a formação de uma comunidade e de sua potência em desenvolver-se de modo saudável e cooperativo, são premissas para o desencontro que ocorre entre a necessidade da população e o profissional que oferta o que aprendeu na universidade, mas que não lhe é útil nessa situação. As atribuições gerais para profissionais da AB exigem competências para a resolução de problemas característicos desse local de atuação, mas a formação tradicional não se ocupa dessa demanda.

Isso ocorre, possivelmente, porque a qualificação profissional através de capacitações frequentes é apenas uma das estratégias para garantir que os protocolos assistenciais sejam seguidos, porém não é suficiente para favorecer 'a leitura' da vida em sociedade, promover vínculos saudáveis e ações de saúde resolutivas.

O reconhecimento de que o profissional, mesmo 'treinado/capacitado', executa suas atividades com plena autonomia no seu encontro com o usuário, fazendo escolhas que vão além do conhecimento técnico e da normatização, foi descrito por Merhy como 'trabalho vivo em ato'. Termo

que representa a possibilidade de invenção da prática a partir da necessidade, possibilidades e desejos presentes no momento. (MERHY, 2002) E essas escolhas são carregadas de subjetividade, tanto do profissional quanto do usuário que vivenciam esse encontro. O autor em questão vai além e diferencia as tecnologias duras, leve-duras e leves, referentes à aplicação de técnicas mais ou menos passíveis de ‘customização’ por parte dos profissionais. (MERHY, 2002) E os profissionais ‘customizam’ suas práticas quanto mais se reconhecem capazes e parte integrante da realidade em que trabalham.

Por esse motivo, a metodologia envolvida nas propostas de capacitação tem de ser valorizada, na medida em que confere significado à prática, prevê o conhecimento mais amplo da realidade de trabalho e considera, na aprendizagem, as particularidades de cada profissional durante a execução das ações previstas com os usuários.

Outra questão de maior subjetividade ressaltada pelo olhar do avaliador PMAQ-AB, nessa experiência, é o comprometimento do profissional que, em sua opinião, difere o bom do mal profissional, sendo o primeiro capaz de executar ações adequadas, superando dificuldades enfrentadas, como a falta de materiais e a estrutura física precária das unidades.

Os profissionais que têm comprometimento com o serviço fazem as coisas acontecerem, já existem outros que não se importam tanto com o que fazem.

Os profissionais não desistem de oferecer um atendimento com qualidade, mesmo sem o mínimo de condição, como em uma unidade rural sem água que os profissionais levam água em galões para atendimento odontológico.

A importância do comprometimento com o modelo de atenção compatível com a ESF foi descrita por Costa e colaboradores (2009). Nesse estudo, o reconhecimento de ser um colaborador para a instituição de um novo modelo de atenção é um dos fatores preponderantes para a motivação profissional, corroborando com a impressão explicitada pelos avaliadores PMAQ-AB de que a falta de conhecimento do projeto mais amplo leva o profissional a trabalhar desmotivado.

Por outro lado, apesar da percepção dos avaliadores sobre a dificuldade de adaptação de pessoas realocadas na rede por decisão do gestor, visando à adequação das equipes, não é regra afirmar que esse profissional permanece necessariamente insatisfeito com o trabalho. A satisfação no trabalho se dá gradativamente e é passível de modificação.

Pelos motivos apresentados acima, reforçamos a nossa aposta nas ações de educação permanente em saúde nos serviços, com a participação de acadêmicos, trabalhadores e gestores, contextualizando o trabalho em saúde, desenvolvendo competências e habilidades necessárias à realidade do trabalho não contempladas durante a formação, usando da metodologia problematizadora para o conhecimento da realidade, preparando e motivando para o trabalho os profissionais da AB.

Um olhar cidadão: a importância da participação popular como qualificador do serviço

Diante do contexto até então apresentado, há que se destacar, ainda, a importância da participação da comunidade, também protagonista direta no processo de reorientação do modelo assistencial em saúde.

Participação popular é um importante componente dentre os princípios organizadores do SUS. O estímulo produzido pela homologação da Lei 8142/90 demandou a necessidade da organização de coletivos. (BRASIL, 1990) A força dessa participação, que se consolidou com a abertura política e com o “empoderamento” da população de decidir por meio do voto seus representantes, teve efeitos contraditórios no processo participativo: se, por um lado, conquistou-se a possibilidade legal da participação; por outro, a delegação de responsabilidade refletiu marasmo na participação social.

A Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) se apresenta como importante componente de incentivo para a participação popular a partir dos dispositivos de acolhimento, gestão compartilhada ou cogestão. Apesar da potência dessa política, o seu grau de permeabilidade dentro dos serviços ainda é incipiente.

Nesse contexto, é surpreendente que, na análise dos avaliadores, ainda que não indagada diretamente, a participação popular apareça como um qualificador do serviço.

A população está mais ativa e tem exigido os seus direitos.

O que pode ser considerado como uma resposta às inovações no modo de gerenciar espaços, encontros e serviços de saúde, inclusive potencializado pela implantação da cultura de avaliação, neste caso, o PMAQ-AB.

As representações dos usuários e dos trabalhadores no Conselho Municipal, Estadual e Nacional de Saúde devem ter legitimidade e compromisso político com seus representados. Dessa forma, para garantia da representatividade e da

legitimidade, toda sua atuação deveria ser precedida por consulta sobre os interesses de sua comunidade e seguida por retornos informativos sobre os resultados. (BRASIL, 2009, p.5-6)

Talvez, essa necessidade de organização de coletivos (por meio de processos burocráticos complexos) e a fundamental legitimação de sua atuação, a partir da consulta e diálogo constante com as bases, fragilizem o processo participativo. Contudo, a carência de informação ou, ainda, a não aposta política dos gestores sejam processos que dificultem a viabilização da participação mais consistente e capaz de apresentar resultados que estimulem movimentos de democratização e encontros dialógicos com equipe e comunidade.

Na percepção dos avaliadores do PMAQ-AB em Mato Grosso do Sul, evidenciou-se que a construção desses vínculos e o estreitamento dos laços entre equipe, gestão e população do território tem sido um dispositivo importante na qualificação dos serviços.

É perceptível uma maior interação das equipes de saúde com a população. Vejo que o elo estabelecido entre população e equipe da atenção básica está forte. Isso é reflexo de um trabalho bem desenvolvido.

Essa percepção fortalece a aposta sanitária da participação popular garantida na construção e na legitimação desse sistema, respondendo também aos princípios da PNH, no sentido de experimentação de novos modelos de gestão para as unidades, setores e secretarias.

Para que tais serviços atendam, de fato, às necessidades sociais das populações, precisam levar em

conta, obrigatoriamente, o que as pessoas pensam sobre seus próprios problemas e que soluções buscam de forma espontânea. (VALLA; STOTZ, 1996)

Tendo em vista as percepções dos avaliadores, as experiências de gestão compartilhada contribuem para tonificar a participação popular, fortalecendo os vínculos entre serviços e comunidade e qualificando a representação social a respeito dos serviços de saúde ofertados pelo SUS.

Considerações finais

Em Mato Grosso do Sul, o PMAQ-AB representou, sobretudo, o estreitamento de parcerias entre as instituições promotoras, Instituições de Ensino Superior, Secretarias Municipais/Estadual de Saúde e comunidade adscrita às Unidades Básicas de Saúde. Esse relacionamento mais aproximado promoveu possibilidades de tessituras que podem vir a contribuir para a qualificação das ações de saúde no estado, com vistas à melhoria do acesso e da resolutividade.

Diante disso, o conhecimento das condições locais dos serviços de saúde pode ter servido como agente facilitador da educação permanente dos avaliadores, evidenciando que o PMAQ-AB contribuiu também para a sedimentação da importância de ações formativas relacionadas ao trabalho de campo e ao manejo dos dados coletados.

Para os avaliadores, ficou claro o envolvimento das equipes de saúde com a comunidade, o que reforça o pressuposto de investimentos em ações de participação e empoderamento comunitário, a fim de que se produza saúde em consonância com as necessidades sentidas pela comunidade.

Nessa perspectiva, ressalta-se, como fato relevante relacionado a esse processo avaliativo, que os profissionais envolvidos (em todos os níveis organizacionais) puderam conhecer a realidade local, a qual se caracteriza por potencialidades e fragilidades mencionadas no decorrer do texto. As primeiras podem servir de base para melhorias ainda mais precisas, tendo como foco a otimização daquilo que está de certa forma adequado, e as últimas constituem o objeto e justificam a continuidade/implementação de uma cultura de avaliação no estado.

Referências

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília/ DF, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. HumanizaSUS: gestão participativa: cogestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. 2. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mais perto de você –acesso e qualidade Programa Nacional**

de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Documento síntese para avaliação externa. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento_Sintese_Avaliacao_Externa_2012_04_25.pdf>. Acesso em: 10/08/2015.

_____. Congresso Nacional. **Nota Técnica Conjunta nº 3, de 2014.** Análise das Portarias Interministeriais nºs 39 e 40 – Execução das programações decorrentes de emendas individuais em 2014 – orçamento Impositivo (art. 52 da LDO 2014 – Lei 12919, de 24/12/2013). Brasília, 2014.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu, 2005, v.9, n.16, p.161-177.

_____.; FERLA, A.A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, 2008, v.6, n.3, p.444-456.

COSTA, G.D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 2009, v.62, n.1, p.113-118.

GUIMARÃES, E.M.P.; MARTIN, S.H.; RABELO, F.C.P. Educação permanente em saúde: reflexões e desafios. **Ciênc. Enferm.**, Conceição (Chile), 2010, v.16, n.2, p.25-33.

MERHY, E.E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.N.A.; FERLA, A.A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 358-372, out. 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0103-11042014000600358&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21/08/2015.

RIZZOTTO, M.L.F. et al. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, 2014, v.38, n.spe, p.237-251. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0237.pdf>>. Acesso em: 21/08/2015.

SEIDL, H. et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, out. 2014, v.38, n.spe, p.94-108. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600094>. Acesso em: 21/08/2015.

VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. **Educação, saúde e cidadania**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

SOBRE OS AUTORES

Adriane Pires Batiston: Doutora em Ciências da Saúde. Professora da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Curso de Fisioterapia. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Coordenação estadual do PMAQ/MS.

Endereço eletrônico: apbatiston@hotmail.com

Alane Andréa Souza Costa: Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (ISC/UFMT).

Endereço eletrônico: alaninh@hotmail.com

Alcindo Antônio Ferla: Médico. Doutor em Educação pela UFRGS. Professor adjunto da Escola de Enfermagem da UFRGS, atuando no Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva e no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS.

Endereço eletrônico: ferlaalcindo@gmail.com

Alessandro Diogo De Carli: Doutor em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste. Professor da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Faculdade de Odontologia. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Coordenação estadual do PMAQ/MS.

Endereço eletrônico: alessandrodecarli@hotmail.com

Aline Vargas Ferreira: Graduada em Psicologia pela PUCRS. Residente no GHC (Ênfase em Saúde da Família e Comunidade). Especialista em Avaliação de Serviços de Saúde (Ênfase em Educação Permanente pela UNA-SUS). Aluna do Curso de Especialização Políticas Públicas de Saúde Mental e Assistência Social da PUCRS.

Endereço eletrônico: aline_vferreira@yahoo.com.br

Amaury Ângelo Gonzaga: Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Certificação Internacional em Acupuntura. Técnico da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso e da Secretaria Municipal de Saúde de Chapada dos Guimarães/MT.

Endereço eletrônico: amagon@terra.com.br

Ana Maria Gondim Valença: Graduada em Odontologia (UFPE). Mestre em Odontologia (Odontopediatria) pela UFRJ. Doutora em Odontologia (Odontologia Social) pela UFF. Professora Titular da Universidade Federal da Paraíba e membro da direção da Associação de Apoio à Pesquisa em Saúde Bucal.

Endereço eletrônico: anamvalenca@gmail.com

Andre Luiz Lopes de Oliveira: Fisioterapeuta. Mestre em Educação pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Docente da Faculdade de Fisioterapia da UNIC. Coordenação local do PMAQ/PNASS-MT. Diretor tesoureiro do CREFITO-9.

Endereço eletrônico: ftandreoliveira@yahoo.com.br

Ane Polline Lacerda Protasio: Graduada em Odontologia (UEPB). Mestre e doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da UFPB.

Endereço eletrônico: anepolline@hotmail.com

Angelo Pagot Zortea: Economista, graduado pela Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS (FCE/UFRGS). Mestrando em Desenvolvimento Econômico (PPGDE/UFPR). Ex-colaborador da Rede Governo Colaborativo em Saúde.

Endereço eletrônico: angelo_pzor@hotmail.com

Aristides Vitorino de Oliveira Neto: Médico de Família e Comunidade. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. Professor de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco. Médico da Prefeitura da Cidade do Recife. Gerente de Projetos da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação do Ministério da Saúde.

Endereço eletrônico: aristidesoliveira80@gmail.com

Caren Serra Bavaresco: Cirurgiã-dentista do Serviço de Saúde Comunitária do GHC. Professora adjunta da ULBRA/RS. Especialista em Saúde Coletiva, Mestre e doutora em Bioquímica (UFRGS). Doutoranda em Odontologia em Saúde Coletiva (UFRGS).

Endereço eletrônico: c_bavaresco@yahoo.com.br

Daniela Tozzi Ribeiro: Enfermeira e sanitarista pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Apoiadora do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) na Rede Governo Colaborativo em Saúde.

Endereço eletrônico: dani7saude@gmail.com

Danielle Tupinambá Emmi: Professora de Odontologia em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP). Mestre em Clínica Odontológica pela UFPA. Doutora em Ciências Odontológicas pela Universidade de São Paulo (USP).

Endereço eletrônico: dtemmi@yahoo.com.br

Deisy Tolentino do Nascimento: Graduada em Nutrição pelo Instituto Porto Alegre da Igreja Metodista - Centro Universitário Metodista. Pós-graduada em Nutrição Clínica e Doenças Crônicas pelo Instituto de Educação e Pesquisa da Associação Hospitalar Moinhos de Vento. Apoiadora dos programas PMAQ-AB e PNASS pela UFRGS.

Endereço eletrônico: deisy_nascimento@yahoo.com.br

Edmilson Calixto de Lima: Graduado em Administração Hospitalar pelo Instituto de Educação Superior da Paraíba e especialista em Avaliação dos Serviços de Saúde (UFCSPA). Servidor da Fundação Nacional de Saúde cedido à Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. Pesquisador da Rede Governo Colaborativo em Saúde (UFRGS).

Endereço eletrônico: edmilson.saude@hotmail.com

Emerson Elias Merhy: Médico. Doutor e livre-docente em Saúde Coletiva/UNICAMP. Professor titular da Faculdade de Medicina/UFRJ. Pesquisador e coordenador da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde/UFRJ.

Endereço eletrônico: emerson.merhy@gmail.com

Eric Campos Alvarenga: Psicólogo graduado pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutorando em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA).

Endereço eletrônico: ericsemk@gmail.com

Eveline do Amor Divino: Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Fundação Universidade Federal do Rio Grande-FURG (2003). Mestre em Enfermagem pela FURG (2006). Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Coordenação local do PMAQ/PNASS-MT.

Endereço eletrônico: evedad@gmail.com

Fabiano Lima da Silva: Analista de sistemas. Mestre em Saúde Coletiva pela UFMT. Técnico da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Docente da Universidade de Cuiabá (UNIC).

Endereço eletrônico: fabianolimasilva@hotmail.com

Fernanda Monte da Cunha: Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Residente no programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Endereço eletrônico: femonte.cunha@gmail.com

Fernando Pierette Ferrari: Mestre em Educação. Professor da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Curso de Fisioterapia. Coordenação Estadual do PMAQ/MS.

Endereço eletrônico: fernandopferrari@uol.com.br

Helder Henrique Costa Pinheiro: Professor de Odontologia em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialista em Saúde Pública pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestre em Odontologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutor em Doenças Tropicais pela Universidade Federal do Pará (UFPA).

Endereço eletrônico: helpinheiro@gmail.com

Jeanice da Cunha Ozorio: Psicóloga residente (Ênfase em Saúde da Família e Comunidade) no Grupo Hospitalar Conceição. Especialista em Avaliação de Serviços de Saúde – (Ênfase em Educação Permanente pela UNA-SUS). Aluna do Curso de Especialização Políticas Públicas de Saúde Mental e Assistência Social pela PUCRS.

Endereço eletrônico: je.ozorio@gmail.com

Laís Alves de Souza: Doutora em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste. Professora da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Curso de Fisioterapia.
Endereço eletrônico: laissouza@hotmail.com

Lariça Emiliano da Silva: Estatística. Mestre em Demografia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Consultora técnica na Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.
Endereço eletrônico: larissa.jaz@gmail.com

Liliane dos Santos Machado: Graduada em Ciências da Computação (UNESP). Mestre em Computação Aplicada (INPE). Doutora em Engenharia Elétrica (USP). Professora Associada do Departamento de Informática da UFPB. Presidente da Comissão Especial de Realidade Virtual da Sociedade Brasileira de Computação.
Endereço eletrônico: liliane@di.ufpb.br

Lorena Cunha de Souza: Psicóloga graduada pela UFPA. Especialista em Avaliação de Serviços de Saúde pela UFCSPA-UNA- SUS. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPA.
Endereço eletrônico: lorena.cs89@gmail.com

Luciano Bezerra Gomes: Médico sanitарista. Mestre e doutorando em Medicina (UFRJ). Professor do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da UFPB. Pesquisador da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde (UFRJ). Pesquisador da Rede Governo Colaborativo em Saúde (UFRGS).
Endereço eletrônico: lucianobgomes@gmail.com

Mara Lisiane de Moraes dos Santos: Doutora em Ciências da Saúde. Professora da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Curso de Fisioterapia. Programa de Pós-Graduação

em Saúde da Família. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Coordenação estadual do PMAQ/MS.
Endereço eletrônico: maralisi@globo.com

Maria Fátima de Sousa: Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciência da Saúde da Universidade de Brasília. Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (2014-2018).

Endereço eletrônico: mariafatimasousa@uol.com.br

Marizeli Viana de Aragão Araújo: Professora de Odontologia em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Pará. Especialista em Dentística e Endodontia pela EAP-PA. Mestre em Odontologia pela USP. Doutora em Doenças Tropicais pela Universidade Federal do Pará.

Endereço eletrônico: marizeli@ufpa.br

Mayara Sabrina Luz Miranda: Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade Federal do Pará. (UFPA) Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia da Universidade Federal do Pará (UFPA).

Endereço eletrônico: may-miranda@hotmail.com

Mirceli Goulart Barbosa: Nutricionista. Professora de Educação Física. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista na modalidade Residência Integrada em Saúde (Ênfase em Atenção ao Paciente Crítico pelo Grupo Hospitalar Conceição). Especialista em Atividade Física, Desempenho Motor e Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria. Coordenadora técnica da Avaliação Externa do PMAQ-AB e do PNAAS pela UFRGS.

Endereço eletrônico: mirceligoulart@yahoo.com.br

Pauline Cristine da Silva Cavalcanti: Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. Analista em atenção primária à saúde na Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Endereço eletrônico: pauline.cavalcanti@gmail.com

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira: Professor da Universidade Federal do Pará (UFPA). Mestre em Saúde Pública pela ENSP. Doutor em Saúde Pública pela ENSP.

Endereço eletrônico: pttarso@gmail.com

Polyana Barbosa da Silva: Graduada em Nutrição (UFPB). Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho (UFBA). Professora substituta do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da UFPB. Apoiadora institucional do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica e Mais Médicos para o Brasil no estado da Paraíba.

Endereço eletrônico: polyana.barbosa.s@gmail.com

Regina Fátima Feio Barroso: Professora de Odontologia em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Pará (UFPA). Mestre e doutora em Odontologia Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

Endereço eletrônico: reginafeio26@gmail.com

Ruth Terezinha Kehrig: Administradora. Doutora em Saúde Pública. Professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (ISC/UFMT). Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFMT.

Endereço eletrônico: ruth.kehrig@gmail.com

Silvia Angela Gugelmin: Nutricionista. Doutora em Saúde Pública. Professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (ISC/UFMT). Coordenadora adjunta do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFMT.

Endereço eletrônico: sigugel@gmail.com

Thais Chiapinotto dos Santos: Bacharel em Educação Física (UFRGS). Especialista em Envelhecimento e Qualidade de Vida (UFRGS), Saúde da Família (UnB/UNA-SUS) e Avaliação de Serviços em Saúde (UFCSPA/UNA-SUS). Bolsista da Rede Governo Colaborativo em Saúde. Atua no programa Academia da Saúde, PMAQ-AB e PNASS.

Endereço eletrônico: thais.chiapinotto@hotmail.com

Vera Lucia Kodjaoglanian: Mestre em Saúde Coletiva. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família/UFMS. Coordenadora da formação dos trabalhadores em saúde para o SUS da Fiocruz Mato Grosso do Sul. Coordenação estadual do PMAQ/MS.

Endereço eletrônico: esc.fiocruz@saude.ms.gov.br



Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries

Clássicos da Saúde Coletiva

Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Arte Popular, Cultura e Poesia

Interlocuções: Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Atenção Básica e Educação na Saúde

Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Vivências em Educação na Saúde

Cadernos da Saúde Coletiva

Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico

Saúde & Amazônia

Periódicos

Revista Saúde em Redes

Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia

editora



redeunida

www.redeunida.org.br